

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rok 2013

Adéla Bortlíčková

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedry pedagogiky

Adéla Bortlíčková

Informovanost pacientů s Crohnovou chorobou o jejich nemoci na území

hl. města Prahy a Středočeského kraje

Awareness of Crohn's disease patients about their illness in Prague and

Central Bohemia

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: B VZ-CH

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph. D.

2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost pacientů s Crohnovou chorobou o jejich nemoci na území hl. města Prahy a Středočeského kraje vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 20. 6. 2013

.....
podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování PhDr. Jaroslavě Hanušové, Ph. D. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

.....

podpis

AUTOR:

BORTLÍČKOVÁ, Adéla. *Informovanost pacientů s Crohnovou chorobou o jejich nemoci na území hl. města Prahy a Středočeského kraje*. [Awareness of Crohn's disease patients about their illness in Prague and Central Bohemia]. Praha, 2013. 61 s., Bakalářská práce (Bc.), Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph. D.

ANOTACE:

Práce se zabývá problematikou Crohnovy choroby (zánětlivého idiopatického onemocnění). Nemoci, která se aktuálně začíná v populaci stále více objevovat. Praktická část práce se zaměřuje na diagnostiku, průběh, léčbu, výživu a malnutrici spojenou s projevy této nemoci. Cílem praktické části práce je zjistit, do jaké míry jsou pacienti informováni o odborné pomoci, zdali se chtějí pacienti sami v oblasti stravy informovat, zda pacienti považují přístupné informace za jednoduše dosažitelné a lehce srozumitelné. Dále se praktická část zabývá kouřením pacientů (před a po diagnostikování nemoci). Jako nástroj kvantitativního výzkumného šetření je použito dotazníkové šetření. Závěrem výzkumu jsou praktické rady, které mají pomoci ke zkvalitnění života lidem s Crohnovou chorobou. Rady mají zvýšit povědomí a zájem veřejnosti o tuto nemoc.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Crohnova choroba, stravování, malnutrice, informovanost

AUTHOR:

BORTLÍČKOVÁ, Adéla. *Awareness of Crohn's disease patients about their illness in Prague and Central Bohemia*. [Informovanost pacientů s Crohnovou chorobou o jejich nemoci na území hl. města Prahy a Středočeského kraje]. Prague, 2013. 61 s., Bachelor thesis (Bc.), Charles University in Prague. Department of Education. Supervisor PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph. D.

ANNOTATION:

The work deals with Crohn's disease (idiopathic inflammatory disease). Disease, which currently starts to be more often discovered in the population. The practical part focuses on the diagnosis, course of treatment, nutrition and malnutrition associated with symptoms of the disease. Purpose of the practical part of this work is to determine the extent to which patients are informed about professional help if patients want to inform themselves in the area of diet, also the question of whether patients consider information for easily accessible and easily understandable. Smoking of patients (before and after the diagnosis of disease). As a tool of quantitative research is used the questionnaire. Conclusions of the research are practical tips that should help to improve the quality of life for people with Crohn's disease. Conclusions should increase awareness and public interest in this disease.

KEYWORDS:

Crohn's disease, diet, malnutrition, awareness

Obsah

Úvod	9
1. Crohnova choroba	10
1.1. Historie Crohnovy choroby	10
1.2. Epidemiologie Crohnovy choroby	11
1.3. Etiopatogeneze Crohnovy choroby	12
1.3.1. Vnitřní dispozice	13
1.3.1.1. Genetické vlivy	13
1.3.1.2. Kojení	13
1.3.2. Vnější dispozice	14
1.3.2.1. Infekční vlivy	14
1.3.2.2. Životní návyky	14
1.3.2.3. Kouření	15
1.4. Klinický obraz Crohnovy choroby	16
1.4.1. Průjem	16
1.4.2. Malnutrice	17
1.4.3. Anémie	20
1.4.4. Osteopenie a osteoporóza	21
1.4.5. Deficit vitaminů a stopových prvků	23
1.4.5.1. Selen	24
1.4.5.2. Zinek	25
1.4.5.3. Měď	25
1.4.5.4. Železo	26
1.4.5.5. Vitamin A (retinol)	26
1.4.5.6. Vitamin E (tokoferol)	27
1.4.5.7. Vitamin B ₁₂	27
1.4.5.8. Vitamin D (kalciferol)	27

1.5.	Terapie pacientů s Crohnovou nemocí.....	27
1.5.1.	Dieta u pacientů s Crohnovou nemocí	28
1.5.1.1.	Dieta ve fázi relapsu.....	28
1.5.1.2.	Dieta ve fázi remise.....	29
1.5.1.3.	Dieta u pacientů se syndromem krátkého střeva.....	30
1.5.1.4.	Enterální výživa	30
1.5.1.5.	Parenterální výživa	31
1.5.2.	Medikamentózní léčba	31
1.5.2.1.	Terapie indukční.....	31
1.5.2.2.	Terapie udržovací.....	32
1.5.3.	Chirurgická léčba	32
1.5.3.1.	Absces	33
1.5.3.2.	Strikturoplastika	33
1.5.3.3.	Syndrom krátkého střeva.....	33
1.6.	Závěr teoretické práce	35
2.	Praktická část – kvalitativní výzkum	36
2.1.	Cíle praktické části	36
2.2.	Hypotézy ke kvantitativnímu dotazníkovému šetření.....	36
2.3.	Metodika	36
2.3.1.	Dotazníkové šetření.....	37
2.3.2.	Charakteristika a výběr cílové skupiny	37
2.4.	Výsledky	37
2.5.	Interpretace dat a následná diskuze	49
2.6.	Závěr dotazníkové šetření	54
3.	Závěr	56
	Seznam použitých informačních zdrojů	57

Seznam příloh	57
---------------------	----

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je Crohnova choroba. Crohnova choroba je idiopatické onemocnění střev. Na toto téma mne přivedli moji bývalí spolužáci ze střední školy, aktuálně studující medicínu.

V mé bakalářské práci se nejdříve v teoretické části zaměřuji na všeobecné informace o této nemoci (historii, výskyt, diagnostiku, léčbu, výživu, malnutrici) a její vliv na lidský organismus.

Metody, které při psaní bakalářské práce používám, jsou literární rešerše a vlastní kvantitativní výzkum.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je potvrzení pravdivosti předem zadaných předpokladů, týkajících se: zdrojů informací, srozumitelnosti informací, druhů využitě pomoci, kuřáctví, znalosti diety a dodržování diety. K výzkumu je použito dotazníkové šetření.

Závěrem bakalářské práce jsou praktické rady, které vyplývají z dotazníkového šetření a propojení poznatků z teoretické části. Rady mají pomoci pacientům s Crohnovou chorobou ke zlepšení jejich životního stylu a zlepšení povědomí veřejnosti o Crohnově chorobě.

1. Crohnova choroba

Mezi primární nespecifické střevní záněty patří idiopatická proktitida (colis ulcerosa) a Crohnova choroba. Většina autorů se kloní k tomu, že jde o dvě rozdílné nosologické jednotky, i když jsou si v mnohém podobné. Jen málo autorů chápe oba chorobné stavy jako rozdílné manifestace jednoho onemocnění. Již v lokalizaci obou chorob je rozdíl. Ulcerózní kolitida nikdy nepostihuje tenké střevo. Při výlučném postižení tlustého střeva se asi u 5-10 % případů nepodaří s jistotou rozhodnout, o jakou nemoc jde (7).

Crohnova choroba je nespecificky chronický zánět postihující diskontinuitním způsobem trávicí ústrojí. Nejčastěji se objevuje v oblasti spojení tenkého střeva s tlustým. Crohnova choroba je granulomatózní a stěnou pronikající (transmurální) zánět postihující segmentálně nebo plurisegmentálně kteroukoliv část trávicí trubice. Na střevní stěně způsobuje vředy (ulcerace), zúženiny (stenózy) a píštěle. Jde o onemocnění neznámé etiologie a neúplně prozkoumané patogenese. Choroba probíhá chronicky s obdobím zhoršení (relapsů) a zklidnění (remisí) zánětu a je medikamentózně i chirurgicky nevyléčitelná. Crohnova choroba je ve svých projevech velmi rozmanitá (7, 8).

1.1.Historie Crohnovy choroby

Jistý doktor Fabry v roce 1612 napsal, že při pitvě adolescenta, jenž zemřel krátce poté, co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku, objevil výraznou stenózu (zánětem zesílenou stěnu střeva a zúžení průsvitu střeva) terminálního ilea (koncový úsek tenkého střeva a přilehlé slepé střevo) s nápadně zesílenou střevní stěnou. Právě ta způsobila neprůchodnost střeva a následnou perforaci (5).

Kolem 19. století bylo publikováno především ve Velké Británii několik nekrotických kazuistik nemocných s bolestmi břicha, průjmy, hubnutím a horečkami. Při pitvě byly nalezeny změny, které jsou dnes považovány za typické pro Crohnovu chorobu. V roce 1925 popsal Coffen z Portlandu případ mladého muže s recidivujícími křečemi v břiše, kterými trpěl od roku 1915, v roce 1916 měl projevy střevní obstrukce (neprůchodnosti) a celkem třikrát se podrobil resekcí (operativnímu odstranění) tenkého střeva. V letech 1922 a 1937 léčili Pemberton a Brown 39 nemocných, kteří měli podobný klinický obraz:

jednalo se o mladé lidi nebo děti, kteří byly operováni pro apendicidu se symptomy anomálních křečí s průjmy a úbytkem na váze (10).

V roce 1932 popsal Burrill. B. Crohn celkem 14 nemocných s neobvyklým transmurálním zánětem (zánětem procházejícím celou stěnou střeva) terminálního ilea a vyloučil u nich možnost vzniku mykobakterií (infekce vyvolané podmíněně patogenními druhy mykobakterií, infekce podobné průběhem tuberkulóze). Novou chorobu označil názvem regionální ileitida (zánět objevující se pouze v oblasti tenkého střeva), která v průběhu několika desetiletí však po zásluze dostala jeho jméno. Jestliže v první polovině minulého století byla populárnější a lépe zkoumána ulcerózní kolitida, pak v posledních třiceti letech se dostala do popředí zájmu Crohnova choroba. Devadesátá léta byla v oblasti výzkumu ve znamení drtivé převahy Američanů. V současnosti představují výzkumná centra v Rochestru, Chicagu, Los Angeles, New Yorku a Bostonu absolutní špičky v oblasti základního a klinického výzkumu Crohnovy choroby. Závěr 20. století byl ve znamení zvýšeného zájmu o Crohnovu chorobu. To je podmíněno nejen stále se zvyšující prevalencí a incidencí této nemoci, ale také obrovským polymorfismem (ve velkém množství) jejích projevů (8).

V žádné větší studii nebylo jednoznačně prokázáno, že existuje větší vazba při výskytu na ženské nebo mužské pohlaví. Pouze se zdá, že ženy mají větší riziko vzniku Crohnovy choroby (10).

1.2.Epidemiologie Crohnovy choroby

Incidence Crohnovy choroby prudce vzrostla především v 60. a 70. letech 20. století. Strmý vzestup počtu onemocnění touto chorobou má nepochybně několik různých příčin. Zdá se, že skutečně stoupl absolutní počet nových onemocnění. Musíme však také brát v potaz, že v 60. letech byla definičně a všeobecně akceptována skutečnost, že Crohnova choroba se vyskytuje v kterékoliv části trávicí trubice a řada případů segmentární kolitidy (vyskytující se v určitých oblastech) byla rekvafifikována jako Crohnova choroba. Dalším faktorem je, že od počátku 70. let došlo k extenzivnímu rozšíření endoskopických technik, které umožnily přesnější diagnostiku, a tak i zjištění lehkých forem nemoci, které dříve mohly uniknout pozornosti (7).

Od počátku 80. let bylo z několika studií (Švédsko, Dánsko, USA) patrné, že nárůst incidence Crohnovy choroby již nepokračuje a že se v těchto zemích s vysokou incidencí udržuje na stabilní úrovni. Ve studiích z Izraele, Skotska je však i nyní zaznamenáván pozvolný vzestup incidence, ne však již tak prudký jako v 70. letech. Nejvyšší výskyt nemoci se nachází ve Švédsku, Velké Británii a na severu USA (9-10 nových případů na 100 000 obyvatel). Naopak extrémně nízký výskyt je v asijských a afrických zemích (0,08 na 100 000 obyvatel v Japonsku, 0,7 na 100 000 obyvatel v Africe) (7).

Česká republika patří podle studií k oblastem s vysokým výskytem Crohnovy choroby. Crohnova choroba se nejčastěji objevuje v adolescenci nebo nižším dospělém věku, nejčastější výskyt je mezi 15. až 25. rokem života. Druhý vrchol je mezi 50. až 80. rokem života (10).

Obecně lze konstatovat, že ve výskytu nemoci jsou značné geografické rozdíly. Především v průmyslově vyspělých zemích severní polokoule je toto onemocnění častější a v posledních letech jeho výskyt nepochybně stoupá. Prevalence je asi 20 : 100 000 (1).

1.3. Etiopatogeneze Crohnovy choroby

Podle Sartrova přístupu můžeme patogenezi rozdělit na dvě hlavní teorie (teorie autoimunitní reakce, teorie nepřímého poškození tkáně) (10).

Autoimunitní reakce s určitým antigenem lokalizovaným ve sliznici tlustého střeva (v kolonocytech). V tomto směru se jedná o autoimunitní reakci obvyklou u klasických autoimunitních chorob (10).

Nepřímé poškození tkáně je vyvoláno autoimunitní reaktivitou, nikoliv přímou autoimunitní reakcí. Tkáň je poškozena v důsledku nepřiměřeně vysoké aktivizace imunitních buněk ve sliznici střeva. Reakce není primárně namířena proti vlastním strukturám střevní tkáně, ale je vedlejším produktem odpovědi efektorové části imunitního systému s následným poškozením stěny střeva (10).

Během 20. století nebyly etiologie ani patogeneze této nemoci uspokojivě vysvětleny. Příčina nemoci není známa. V posledních letech je zájem soustředěn na imunologické mechanismy, jelikož je zřejmé, že ať je příčina jakákoliv, jedná se o lokální imunitní odpověď, která je příčinou poškození tkáně. Není jasné, zda se jedná o abnormální odpověď na minimální antigenní podnět, nebo jde o přiměřenou odpověď na abnormálně

zvýšenou antigenní mutací. V současnosti jsou na prvním místě nejvíce diskutovány genetické vlivy, faktory vnějšího prostředí, nedostatek vlákniny, nadbytek rafinovaného cukru a kouření. Crohnova choroba se prokazatelně častěji vyskytuje u kuřáků (7, 8).

Veškeré současné znalosti o patogenezi choroby jsou známy z experimentálních zvířecích modelů tohoto onemocnění. Problém při zjišťování patogeneze je však s biologickým chováním sliznice střeva, které představuje značně nehomogenní soubor buněk a mezibuněčné hmoty. To znamená, že výsledný efekt stejných toxických látek na tyto struktury střeva je v konečném důsledku značně odlišný (7).

Vznik Crohnovy nemoci je jako u každé nemoci ovlivněn vnitřními a vnějšími vlivy.

1.3.1. Vnitřní dispozice

Mezi vnitřní dispozice důležité pro vznik Crohnovy choroby se řadí například genetické vlivy a kojení.

1.3.1.1. Genetické vlivy

Důležitost genetických vlivů v etiologii Crohnovy choroby vyplývá z četnosti familiárních výskytů této nemoci. U 10-25 % nemocných lze prokázat u pokrevních příbuzných výskyt nespecifického střevního zánětu. Výskyt Crohnovy choroby je v rodinách nemocných mnohonásobně vyšší (až patnáctinásobně zvýšené), než by odpovídalo výskytu v populaci. V souladu s tím je i vyšší výskyt nemoci u monozygotních dvojčat. Typ dědičnosti nebyl stanoven, nejspíš se jedná o polygenní typ dědičnosti (7, 8).

Polygenní typ dědičnosti znamená, že vlohly pro vznik nemoci jsou zakódovány v několika genech. Aby mohlo dojít k fenotypové manifestaci nemoci, není nutná pouze současná přítomnost příslušných genů, teprve až se přidají vlivy vnějšího prostředí, mohou se zmíněné geny ve vývoji choroby uplatnit (10).

1.3.1.2. Kojení

Koletzko sledoval dobu kojení a perinatální infekce u dětí, u kterých se v pozdějších letech nebo v dospělosti projevila Crohnova choroba a porovnal je s jejich sourozenci, u kterých se tato nemoc neprojevila. Zjistil, že délka kojení u nezasáhnutých

dětí byla 3x delší než u nemocí zasáhnutých sourozenců. Dále že postižené děti měly v perinatálním období 3x častěji průjemová onemocnění (10).

1.3.2. Vnější dispozice

Mezi důležité vnější dispozice pro Crohnovu chorobu se řadí například infekční vlivy, životní návyky, kouření.

1.3.2.1. Infekční vlivy

Dalším důležitým faktorem je působení infekce na střevní stěnu. Aktuálně existují tři možné průběhy. Z etiologicko-patofyziologického hlediska můžeme úlohu hypotetického infekčního agens rozdělit do tří skupin. První je specifická infekce způsobená primárně patogenním mikroorganismem, který indukuje imunitní reakci s následným poškozením tkáně. Druhou možností je kvalitativní a kvantitativní porucha složení primárně nepatogenní mikrobiální flóry (dojde ke změně složení a množství mikroflóry): zánět je vyvolán nepřiměřeně velkou defektní imunitní reakcí. Třetím typem etiopatogenetického působení mikrobů na vznik Crohnovy choroby by mohla být dlouhodobá imunitní reakce na normální složení střevní flóry. Porušená střevní bariéra umožňuje průnik antigenů běžné střevní flóry do vnitřního prostředí, což navozuje nepřiměřeně silnou imunitní odpověď (10).

Z testů na speciálních geneticky upravených myších, náchylnějších na vznik nemoci, bylo prokázáno, že infekce způsobující nemoc nemůže vzniknout v bezmikrobním prostředí. Teprve až po osídlení trávicí trubice myši fyziologickou střevní flórou dochází ke vzniku zánětu tlustého a tenkého střeva. Také byla prokázána důležitost anaerobních bakterií pro vznik Crohnovy choroby. Tyto práce prokázaly, že anaerobní bakterie indukují tvorbu zánětlivých mediátorů. Některé kmeny *Escherichia coli* izolované z termálního ilea nemocných Crohnovou chorobou produkují cytosiny, které poškozují intestinální bariéru střeva (8).

1.3.2.2. Životní návyky

Protože v posledních 50 letech došlo k prudkému nárůstu incidence a prevalence Crohnovy choroby v populaci s vyšší životní úrovní, je velmi pravděpodobné, že velký

význam v etiopatogenezi těchto chorob má změna životního stylu, stravovacích zvyklostí a přípravy jídla. Z těchto důvodů je studiu vnějších vlivů věnována velká pozornost (10).

V posledních letech se také změnila technologie, zpracování, příprava a uchování potravin. Hlavním důvodem se zdá být to, že došlo ke snížení podílu přirozené potravy a naopak se zvýšil podíl průmyslově zpracované potravy např. vymílaná mouka, rafinovaný cukr, ztužené rostlinné tuky. V dietě se také zvýšil podíl masa a mléka. Zároveň došlo ke snížení spotřeby vlákniny a omega-3 mastných kyselin obsažených v rybím tuku. Změna složení potravy může vést ke změně mikrobiálního složení flóry, která potom vede ke změně způsobu odpovědi na požití antigeny. Je velmi těžké zjistit druh potravin, která by vedla ke vzniku nemoci, neboť předešlá změna preferencí potravin pacientem může být odrazem potíží před určením diagnózy Crohnovy nemoci, které byly způsobovány postiženými úseky střeva (8, 10).

Crohnova choroba se častěji vyskytuje u lidí s dobrou nebo vyšší socioekonomickou úrovní. Tito lidé často vykonávají sedavou a psychicky náročnou práci. Zdá se, že náročná zaměstnání s častými stresovými situacemi a málo pohybu mohou být predisponujícím faktorem (10).

1.3.2.3. Kouření

Ze všech studií zevního prostředí, které jsou studovány jako možné spouštěče Crohnovy choroby, jsou výsledky studií, které se zabývají úlohou kouření, celkem shodné a jednoznačné (10).

V epidemiologických studiích bylo zjištěno, že kouření cigaret zvyšuje pravděpodobnost vzniku Crohnovy choroby zhruba dvojnásobně. Bývalí kuřáci mají také zvýšené riziko vzniku choroby, ale menší než aktivní kuřáci (10).

V českém výzkumu pro zjištění vlivu kouření na vznik Crohnovy choroby bylo zařazeno 74 pacientů s diagnostikovanou Crohnovou chorobou. Bylo zjištěno, že 27 % bylo aktivních kuřáků, 17,1 % bylo bývalých kuřáků a 51,3% nekuřáků (10).

1.4.Klinický obraz Crohnovy choroby

Tato nevyléčitelná nemoc má velice rozdílné projevy. Liší se podle zasažené části trávicí trubice a v míře postižení střeva. Nejtypičtějším umístěním zánětu je u 40 % pacientů spojení tenkého a tlustého střeva. Postižení této části se nejčastěji projevuje bolestmi břicha, průjmy a hubnutím. Bolesti se dostavují zhruba 30 až 60 minut po jídle, mají křečovitý charakter. Průjmy jsou provázeny bolestmi břicha. Hubnutí je důsledkem sníženého příjmu potravy a zánětlivé aktivity choroby (5).

V případě postižení tlustého střeva dochází ke vzniku průjmu, bolestí břicha, častých krvavých a hnisavých projevů v oblasti konečníku a jsou přítomny i mimostřevní projevy (zánět kloubů, rohovky, duhovky, erytém) (5).

Při postižení tenkého střeva patří mezi projevy bolest břicha, celkové neprospívání člověka (malnutrice), hubnutí, chudokrevnost. Průjmy a mimostřevní projevy se neobjevují, naopak hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva (5).

Postižení oblasti konečníku a řitního kanálu se projevuje opakovanými hnisavými abscesy, vředy v řitním kanálu a bolestivými výrůstky na konečníku (anální papily) (5).

Jednotlivé klinické projevy budou podrobněji popsány v dalších podkapitolách.

1.4.1. Průjem

Průjem je vyprázdnění více než 3 neformovaných stolic za den nebo časté vyprazdňování řídké stolice nebo častější a naléhavější pocit potřeby s překotnou evakuací neformované stolice a přetrvávajícím pocitem nucení (9).

Z patofyziologického pohledu nemá vznik průjmu při Crohnově nemoci jedinou příčinu, ale jedná se téměř vždy o následek několika mechanismů současně. Některé jsou způsobeny strukturální odchylkou střeva, jiné mají funkční příčinu. Ve zkratce můžeme rozdělit průjmy při Crohnově chorobě na tři základní druhy: hypersekreční průjmy, průjmy po krátké resekci ilea, průjmy se ztrátami bílkovin. Hypersekreční průjmy jsou následkem porušení resorbční funkce tlustého nebo tenkého střeva (hlavně tenkého). Hlavním mechanismem je těžká porucha aktivního transportu vody a elektrolytů při zánětlivém poškození střevní sliznice. Navíc dále zánětlivé a imunitní mediátory snižují aktivní resorpci vody a elektrolytů enterocyty a kolonocyty. U Crohnovy choroby je nejčastější

příčinou snížení resorpční schopnosti resekce tenkého střeva. Jednorázová krátká resekce střeva (do 100 cm) obvykle nezpůsobuje syndrom malabsorpce nebo vznik průjmů, tenké střevo má totiž dobrou schopnost se po resekci adaptovat. Při opakovaných krátkých resekcích (nad celkovou délku 100 cm) v krátké době, dochází ke vzniku malabsorpčního syndromu a hypersekrečního průjmu (8, 10). (Malabsorpčnímu syndromu se budu věnovat níže.)

Dalším mechanismem vzniku hypersekrečního průjmu je nepřiměřená střevní sekrece a zvýšená motilita střev. Tento jev je úzce spojen s intenzivní zánětlivou reakcí na sliznici tlustého střeva. Je spojen s výraznou nadprodukcí eikosanoidů, které vznikají metabolismem kyseliny arachnoidové. Kyselina arachnoidová je uvolňována z fosfolipidů buněčných membrán účinkem enzymu fosfolipázy A2. Produktem metabolismu kyseliny arachnoidové jsou prostaglandiny, tromboxany a leukotrieny. Tyto tři vznikající látky jsou považovány za hlavní příčinu zvýšené sekrece sliznice tenkého a tlustého střeva u nemocných a vzniku sekrečně podmíněných průjmů (10).

Méně častou, ale ne výjimečnou příčinou sekrečně podmíněných průjmů je sekundární infekce (Salmonela, Shigella, Clostridia, enteropatogenní kmeny Escherichia coli, Giardina lambda). Vedle toho však může infekce způsobit relaps základního onemocnění u pacienta, který byl v dlouhé předešlé remisi. Takto jsou vysvětlována nová vzplanutí u pacientů při cestování do cizích zemí (10).

Průjmy mohou být velice nebezpečné hlavně v teplých letních měsících, kdy může jednoduše dojít k dehydrataci organismu (10).

1.4.2. Malnutrice

Malnutrice je všeobecně způsobená hladověním nebo karencí základních živin, je velice častou komplikací základního onemocnění. Vede k výraznému vzestupu infekčních i tromboembolických příhod, ke zhoršenému hojení ran a vzniku dalších komplikací (11).

Malnutrice patří mezi jedny z průvodních jevů při Crohnově chorobě. Objevuje se především jak v období zvýšené zánětlivé aktivity, tak při dlouhodobém chronicky aktivním zánětu. Malnutrice může být způsobena sekundárním efektem léků, zmenšením resorpční plochy střeva (po resekci tenkého střeva), při vytvoření ileostomie, vnitřních píštělí nebo u pacientů, kteří trpí stenotickým postižením především tenkého střeva.

Malnutrice mladých lidí je častým prvotním externím projevem chronického zánětu Crohnovy nemoci. Léčení malnutrice je velice důležité. V důsledku může zhoršit průběh onemocnění, hojení ran, prodloužit dobu relapsu, zhoršit výsledky operačních výkonů, eventuálně může vést ke vzniku střevních, mimo střevních, infekčních i neinfekčních komplikací. Proto je důležité malnutrici včas a správně diagnostikovat nebo se jí snažit předejít zavčas a vhodně upravit příjem potravy, popřípadě při rozsáhlé akutní malnutrici přejít k enterální nebo parenterální výživě (8, 10).

Snížení hladiny viscerálních proteinů zhoršuje transportní funkci krve, zhoršuje se tím přenos jednotlivých živin a možnost jejich použití na místech, kde jsou třeba. Dále se zhoršuje přenos medikamentů z důvodu snížení transportních bílkovin, může dojít ke změnám koncentrace volných medikamentů, které ve vyšších koncentracích mohou vést k dalším komplikacím. Na základě redukce proteinů ve svalstvu dochází ke snížení svalové síly (tonusu), to způsobuje horší hybnost pacienta, těžší průběh rehabilitace a možnost výskytu trombózy hlubokého žilního systému nebo plicní embolie. Dochází ke zhoršení imunitní reakce jak buněčné, tak i humorální. Zvyšuje se tak riziko infekce (bronchopneumonie, urogenitálního traktu), zvyšuje se i riziko bakteriální kontaminace centrálního žilního katetru, až s možností vzniku katetrové sepce (zánětu), nebo jakéhokoliv jiného septického stavu. Riziko sepse stoupá při současném používání imunosupresivní terapie. Snížená hladina albuminu vede k tvorbě otoků a výpotků v tělních dutinách. Dále malnutrice vede ke zhoršení hojení ran a střevních anastomóz po provedených chirurgických zákrocích, snadnějšímu abscesu pooperačních píštělí, snadnějšímu vzniku proleženin při dlouhodobém upoutání na lůžko. Dochází k celkové adynamii a reaktivitě organismu, která může být ještě zhoršena podáváním kortikoidů v rámci léčby (8).

Existují 2 základní typy malnutrice: – energetická a izolovaná proteinová malnutrice, nejčastěji se však vyskytuje proteino-energetická malnutrice, kombinace energetické a proteinové malnutrice (8).

Marastický typ podvýživy (energetický, kachexie) je způsoben nedostatečným přívodem energie i bílkovin při hladovění. Jsou zachovány adaptační mechanismy organismu, zpomaluje se metabolismus a spotřebovává se podkožní tuková zásoba. Klinická diagnóza je zjevná na první pohled: kachektický vzhled při prakticky normální koncentraci albuminu v plazmě a zachovalé imunoreaktivitě. Rezerva organismu je však

minimální. Všechny antropometrické ukazatele malnutrice jsou patologicky nízké (hmotnost, body mass index – BMI, výška podkožní řasy) (8, 10).

Kwashinorův typ podvýživy (proteinový) je způsoben dlouhodobým deficitem proteinů. Vzniká při stresovém hladovění s výrazným katabolismem (zápornou dusíkovou bilancí) nebo nedostatečným přívodem hodnotných bílkovin. U nemocných v akutních katabolických stavech se rychle rozvíjí, zvláště ve spojení s hladověním. Příčinou je neschopnost efektivně využívat sacharidy i lipidy jako energetické zdroje. Dochází k čerpání energie z proteinových zásob nemocného, z proteinů plazmatických, viscerálních a svalových. Tuková zásoba zůstává nezměněna a nemocný dělá dojem dobře živého i v situaci, kdy je těžkou podvýživou vitálně ohrožen. Dochází ke špatnému hojení ran, rozvoji dekubitů (proleženin), vznikají infekční komplikace. Vzhledem k retenci tekutin nemusí být tělesná hmotnost snížena, ale výrazně se mění tělesná skladba. Hladiny bílkovin (albuminu, prealbuminu, transferinu) klesají (8, 10).

Sledování stavu výživy musí být u pacientů s Crohnovou chorobou komplexní a stálé. Při náhlém úbytku 10 % váhy se jedná o akutní stav malnutrice. Ke zjišťování stavu výživy pacienta se používá promyšlený systém vyšetření: anamnéza (hmotnostní úbytek, stravovací zvyklosti, průjmy, zvracení), fyzikální vyšetření (kachexie, otoky, dehydratace, kvalita chrupu), antropometrické vyšetření (hmotnost, výška, BMI, podkožní tuk), laboratorní vyšetření (hematologické vyšetření, imunologické vyšetření, biochemické vyšetření), svalová síla, CT vyšetření, komplexní hodnocení nutrice (hmotnostně-výškový index), indexy (prognostický nutriční index, prognostický zánětlivý a nutriční index, nutriční rizikový index (8, 10).

Z předešlých odstavců si můžeme odvodit, že stav malnutrice u pacienta se výrazně projeví na stavu prvotní nemoci (Crohnovy choroby). Jako prevence může v některých případech stačit podrobné rozebrání jídelníčku, případně ve stadiu relapsu či u pacientů se stenózním typem onemocnění je nutné zařadit bezezbytkovou dietu. Ve stadiu remise je důležité jíst dostatečné množství rozpustné vlákniny. V horších případech musíme přejít k enterální nebo parenterální výživě nebo bude stačit doplnění normální výživy o tekuté doplňky stravy (tzv. sipping) (8). (O těchto druzích podpůrných výživ se budu zmiňovat v dalších kapitolách.)

1.4.3. Anémie

Anémie je onemocnění, které vzniká v důsledku sníženého vzniku červených krvinek nebo při jejich nadměrném zániku. Důsledkem je snížená schopnost krve přenášet kyslík (kyslík se při přenosu váže na molekulu hemoglobinu). Anémie je charakterizována poklesem hemoglobinu pod hodnoty 120 g/l u žen a 130 g/l u mužů. Toto onemocnění často vzniká v důsledku špatného nutričního stavu pacienta nebo špatných dietních zvyklostí (nedostatek železa, vitamínu B₁₂, kyseliny listové, pooperační anémie, vliv léků, anémie u chronických onemocnění) (8, 10).

Anémie provází Crohnovu chorobu v 50-70 % nemocných s mírnou převahou u hospitalizovaných pacientů. Vznik anémie je často spoután s extenzivním postižením střeva a výrazným krvácením do stolice, která je tmavě zabarvená a zapáchá (8, 10).

Další možností vzniku je nízká hladina železa v krevním séru (sideropenie), která se řeší substituční terapií (ve formě vitaminových tablet). Pacienti v remisi na tuto léčbu reagují pozitivně. Vyskytuje se v 70 % a může vznikat z důvodu malabsorpčního nebo z velkých ztrát železa. Pokud pacient trpí multisegmentálním postižením střeva (na více místech střeva), musí se s tímto druhem anémie počítat jako se samozřejmou součástí onemocnění. Další častý výskyt je u dětí a gravidních žen, kdy přirozená potřeba železa stoupá (na cca 1000-1300 mg). Často se také vyskytuje u vegetariánů (8).

Prevalence vzniku anémie v důsledku nedostatku vitamínu B₁₂ (megaloblastová anémie) je 10-60 %. Důvodem může být operační výkon na tenkém střevě, závažné postižení terminálního ilea, zejména pokud přesahuje oblast o 100 cm. Problémem je porucha resorpce v tomto úseku střeva. U 50 % pacientů s resekcí delší než 50 cm se objevuje tento druh anémie. Dalším důvodem může být syndrom tzv. bakteriálního přerůstání, kdy abnormní mikroflóra používá vitamin B₁₂ pro vlastní potřebu. K bakteriálnímu přerůstání dochází po resekcích tenkého střeva, kdy se mikroflóra složením začíná podobat mikroflóře tračnickové, dochází k poklesu pH a sníženému vstřebávání vitamínu (8, 4).

K deficitu železa v důsledku nedostatku kyseliny listové dochází až u 25 % pacientů s Crohnovou chorobou. Kyselina listová je vstřebávána hlavně v oblasti proximálního tenkého střeva. Negativní vliv na absorpci může mít medikamentózní léčba (sulfasalazin – může způsobit jako vedlejší účinek těžký dřeňový útlum, je nutné sledovat

krevní obraz, methotrexát – antimetabolit kyseliny listové, suplementace folátu je pak samozřejmostí při jeho užívání). V období gravidity je nutná vyšší kontrola dostatku folátu, protože stoupá jeho denní spotřeba (8).

Anémie je skoro vždy léčena suplementací chybějícího elementu v dietě (Fe, B₁₂, kyselina listová). Protože u Crohnovy choroby je velice často postižena oblast terminálního ilea a díky tomu je vstřebávání dávek nestabilní, je preferováno podávání parenterální formou (podání nitrožilně, nitrosvalově, podkožně). Dávka, která je podávána, musí být zohledněna podle aktuálního stavu organismu (rostoucí děti, těhotné ženy). Často je testován krevní obraz na hladinu železa, transferinu, feritin a celkový krevní obraz (8).

1.4.4. Osteopenie a osteoporóza

Osteopenie je definována jako úbytek kostní hmoty pod normu odpovídající pohlaví a věku (5).

Osteoporóza je definována jako prořidnutí kostní hmoty, které extrémně zvyšuje riziko zlomenin, provázejí ji časté bolesti kloubů a páteře (5).

U pacientů s Crohnovou chorobou se vyskytují poruchy metabolismu kostí častěji než v běžné populaci. Osteoporóza je systémové onemocnění kostí charakteristické úbytkem kostního minerálu a poruchou architektiky kosti. Tyto změny vedou k větší náchylnosti kostí na vnější vlivy (skok, běh, pád) a zvýšenému riziku výskytu zlomenin kostí. Patologické fraktury se nejčastěji objevují na epifýzách dlouhých kostí, žebrech, na pánvi nebo se objevují intenzivní bolesti omezující pacienty při pohybu. Dva hlavní faktory, které rozhodují o hloubce rozvinuté osteopenie, jsou výchozí hustota kostního materiálu a rychlost ubývání kostní tkáně (8).

Ke zjištění změn na kostech se používá denzometrické vyšetření, jehož principem je měření absorpce rentgenových paprsků při průchodu kostí. Posuzuje se úbytek kostní denzity pacienta (BMD) v porovnání s normálními referenčními hodnotami mladých a zdravých lidí nebo jako odchylky od zdravých kontrolních osob stejného věku a pohlaví. Za osteopenii je považován úbytek kostní denzity v rozmezí -1 až -2, riziko fraktury je zvýšeno dvakrát. Osteoporóza je klasifikována při úbytku kostní denzity větší než -2, riziko fraktury je zvýšeno pětkrát (8).

V literatuře se uvádí incidence osteoporózy u 30-40 % nemocných s Crohnovou chorobou. Častěji se vyskytuje lehčí forma, osteopenie (8).

Mechanismus vzniku úbytku kostního materiálu u pacientů trpících Crohnovou chorobou je pravděpodobně multifaktoriální. V tomto ohledu bylo v minulých letech provedeno mnoho studií, které se ve svých závěrech značně liší. Je to způsobeno nejspíše nehomogenními vzorky studovaných nemocných co do aktivity nemoci, podávané léčby a provedených operací (8).

Na vzniku osteopenie se prokazatelně podílejí přímé důsledky střevního zánětu, který vede ke snížení resorpce vitamínu D a kalcia. Důvodem je velice často se vyskytující malnutrice u pacientů s Crohnovou chorobou, kteří mají nemocí postiženo tenké střevo. Dalším přidruženým faktorem pro vznik osteopenie je kouření cigaret, věk a stav výživy (hodnota BMI) (8).

Během studií byl prokázán dlouhodobě negativní vliv léčby kortikosteroidů na denzitu kostí. Velmi často vzniká osteopenie nebo osteoporóza právě z tohoto důvodu. Kortikosteroidy mají nepříznivý vliv na metabolismus kostí. Snižují vstřebávání vitamínu D a kalcia v tenkém střevě, tím zvyšují ztráty kalcia a fosfátů ledvinami a tlumí tak aktivitu osteoblastů (buňky vytvářející kostní tkáň). Kortikosteroidy také snižují sekreci pohlavních hormonů (estrogenů a testosteronu) a tím nepřímo ovlivňují metabolismus kostí člověka, dochází tak k tlumení osteoblastů a naopak ke zvýšené aktivitě osteoklastů (dochází k odbourávání kostní tkáně). Při dlouhodobém podávání vyšších dávek kortikosteroidů (více než 10 mg/d) dochází k redukci kostního minerálu o 5-15 % během jednoho roku, přitom nejrychlejší úbytek kostního minerálu je zaznamenán v prvních šesti měsících terapie. Dokonce i podávání nižších dávek má nepříznivý vliv na ženy po menopauze a muže v jakémkoliv věku (8, 5).

Cambellová ve výzkumu zjistila, že ženy s Crohnovou chorobou dlouhodobě používající perorální antikoncepci mají vyšší denzity kostního minerálu ve srovnání se ženami, které ji nikdy nepoužívaly (8).

Vzhledem k častému výskytu osteoporózy u pacientů s Crohnovou chorobou, musí být u každého pacienta minimálně jednou provedeno denzitometrické vyšetření. U pacientů dlouhodobě léčebně používajících kortikosteroidy se denzitometrické měření provádí v intervalech 2-3 let. Lékaři se musejí snažit předcházet dlouhodobému podávání

vysokých dávek kortikosteroidů u každého pacienta. K profylaktickým opatřením je podávání kalcia v denní doporučené dávce 1500 mg a současné podávání malých dávek vitamínu D (je důležité upozornit pacienta na možnost předávkování vitaminem D, protože je rozpustný v tucích). U žen je ještě doporučena suplementace estrogenů po menopauze (8, 10).

Závažná komplikace při podávání vysokých dávek kortikoidů je ischemická nekróza kosti. Jde o nekrózu kostní tkáně způsobenou úplnou a dostatečně dlouhou poruchou průtoku krve do kostí. Nejčastějším místem výskytu nekrózy kosti jsou hlavice stehenní kosti, pažní kosti a karpální (kosti zápěstí) a tarzální kůstky (zánártní kůstky). Tato komplikace může vést až k náhradě kloubu (8).

1.4.5. Deficit vitaminů a stopových prvků

V poslední době byly v zahraničí i u nás publikovány práce zabývající se deficitem vitaminů, minerálů a stopových prvků. Závěry těchto studií jsou jednotné a jednoznačné: u pacientů s Crohnovou nemocí dochází po déle trvajícím průběhu nemoci k deficitu stopových prvků a vitaminů. Příčinou deficitu je nedostatečné vstřebávání do těla přes tenké střevo, jejich snížený příjem i zvýšené ztráty trávicími sekrety (10).

Důležitou roli v patogenezi Crohnovy choroby mají volné radikály a oxidační stres organismu. Epitelové buňky tračníku (kolonocyty) jsou na oxidační stres mnohem citlivější než ostatní tkáně, jejich aktivita antioxidačních enzymů je ve srovnání s buňkami jiných tkání velmi nízká. Aktivované neutrofily (bílé krvinky) a makrofágy (buňky nespecifické imunity) produkují u zdravého jedince jako obranou látku proti invazi bakterií peroxid vodíku, superoxid vodíku a kyselinu chlornou. Pokud jsou tvořeny v nadbytku (např. nepřiměřená odpověď imunitního systému na podnět), mohou přímo nebo nepřímo vést k poškození tkáně působením aktivních forem kyslíku nebo poškození cévní permeability (propustnosti). Ochranu střeva před oxidačním stresem zajišťují antioxidanty. Antioxidanty jsou složité látky složené ze stopových prvků, tímto způsobem může hladina stopových prvků ovlivňovat odolnost střevní sliznice proti oxidačním změnám aktivními formami kyslíku (8).

Nedostatek stopových prvků bývá pozorován až u 80 % nemocných s Crohnovou chorobou. Nejčastěji během vzplanutí nemoci, akutního zánětu, při parenterální výživě, po operačních výkonech na střevě (8).

Minerální látky můžeme dělit na hromadné prvky s podílem od 25 gramů do 1000 gramů v těle dospělého člověka (sodík, draslík, vápník, hořčík, fosfor, chlór, síra) nebo na druhou skupinu, a to látky stopové, v těle dospělého člověka obsažené od 1 miligramu po 5 gramů (železo, měď, kobalt, selen, mangan, zinek, jod a jiné). Důležitost vápníku u pacientů s Crohnovou nemocí již byla vysvětlena v kapitole o osteopenii a osteoporóze. Ze skupiny stopových prvků jsou pro pacienty s Crohnovou chorobou důležité: zinek, selen, měď, železo, magnezium (8, 6).

1.4.5.1. Selen

Selen je stopový prvek důležitý pro správnou funkci imunitního systému štítné žlázy. Je součástí antioxidantních enzymů, tím přispívá k ochraně tkání před agresivním působením aktivního kyslíku. Byla prokázána souvislost deficitu selenu se zvýšenou incidencí rakoviny plic, ale u nemocných s Crohnovou chorobou je ochrana organismu díky selenu pouze předpokládána a není vědecky prokázána (byla testována hladina selenu v tkáních a plasmě u nemocných). U některých nemocných byla nalezena snížená hladina selenu nezávisle na hladině aktivity nemoci, u jiných byla nalezena normální hladina (8).

Deficit selenu je spojen s myopatiemi (svalová slabost, svalová dystrofie), které postihují kosterní svaly a srdeční sval. Je často pozorován u pacientů s celiakií, ekzémy. Při přísunu selenu menším než 13-19 mikrogram/den se může projevit tzv. Kešanská nemoc. Jedná se o kardiomyopatii (poškození srdečního svalu), která byla poprvé objevena v Číně v provincii Keshan. Další projev deficitu může být Kašinova-Beckova nemoc, projevující se hypothyroidním kretenismem (snížení inteligence, zaostalý stav, v důsledku snížené funkce štítné žlázy) (10, 8, 2).

Předávkování se projevuje nauzeou, zvracením, vypadáváním vlasů. Doporučená denní dávka je 55 mikrogramů denně. Selen je možné získat hlavně z rostlinné potravy, množství selenu v rostlině závisí na obsahu v půdě. Objevuje se v masě zvířat, které se živí rostlinami obsahujícími selen a také v potravě mořského původu. Velké množství obsahují kešu oříšky a vlašské ořechy (8, 6).

1.4.5.2. Zinek

Je důležitý pro správnou syntézu RNA a DNA, je součástí řady proteinů a hormonů, podílí se na růstu, na kostním metabolismu. Je nezbytný pro správnou funkci řady enzymů. Slouží jako široce rozšířený metaloenzymový zametač aktivních forem kyslíku, dále reguluje metabolismus arachidonové kyseliny a syntézu ikosanoidů a má vliv na zprostředkovanou buněčnou imunitu. Přispívá k detoxikaci organismu od alkoholu. Velmi dobře je znám jeho lokální protizánětlivý účinek při kožních zánětech. Zajišťuje správnou funkci centrálního nervového systému. Jeho účinek lze katalyzovat při kombinaci s vitamínem A, vápníkem a mědí. Snížení jeho koncentrace má negativní vliv na těsné spojení buněk tenkého střeva, proto je důležitý jeho dostatek po operaci střev, má příznivý vliv na hojení zánětu střeva (strava bohatá na zinek snižuje permeabilitu střev) (8).

Deficit zinku se může projevovat padáním vlasů, lámáním nehtů, bílými pruhy na nehtech, kožními změnami (popelavá vyrážka na končetinách, v místech tlaku na kůži, kolem tělních otvorů), retardací růstu, únavou, poruchou chuti, fotofobií, špatným hojením ran. U dětí může jeho nedostatek způsobit poruchy růstu, defekty páteře a centrální nervové soustavy, speciálně u chlapců i opožděný sexuální vývoj. Příčina deficitu může být v jeho nedostatku v důsledku zvýšené potřeby organismu. Důležité je hlídat hladinu zinku při parenterální výživě. Sledovat hladinu zinku, aby nedošlo k deficitu, je důležité zejména u dětí, těhotných a kojících žen, u vegetariánů a alkoholiků (10, 8, 2).

Předávkování se může projevit bolestí hlavy, nauzeou, porušením absorpce mědi. Doporučená denní dávka je 10-15 mg/den, pro těhotnou ženu 15-30 mg/den. Zdrojem zinku jsou játra, vejce, zelenina, plody moře, sója, sýr, semena, pšeničné otruby (8, 2).

1.4.5.3. Měď

Nachází se ve stopových množstvích ve všech tkáních těla. Je potřebná pro tvorbu myelinu, kolagenu, melaninu, hemoglobinu (usnadňuje absorpci a využití železa). Zároveň s vitamínem C je potřebná při tvorbě elastinu. Může mít antioxidační i prooxidační účinek. K vyváženému příjmu je zapotřebí zároveň dostatečný příjem zinku a hořčíku (8).

Deficit mědi je velmi vzácný. Někdy bývá zjištěn u pacientů s průjmy, píštělemi, s ileostomií (vývodem tenkého střeva ven z dutiny břišní), proteino-energetickou

malnutricí, celiakií. Deficit se projevuje anémií, hypotermií, osteoporózou, ztrátou kožního pigmentu, lomivostí vlasů, poruchou růstu (8).

K předávkování může dojít z vadného nádobí, ze starých měděných trubek. Projevuje se nauzeou, zvracením, kovovou chutí v ústech, slabostí, únavou, kómatem a v krajních případech i smrtí. Doporučený denní příjem je 900 mikrogramu/den. Zdrojem mědi jsou hlavně mořští živočichové, játra, ledvinky, srdce, čokoláda, rajčata, banány, grapefruity, černý pepř (8).

1.4.5.4. Železo

Železo je důležité pro tvorbu hemu v hemoglobinu. Posiluje imunitní funkce organismu. Pro správný metabolismus je potřeba dostatku mědi, při nedostatku vzniká anémie. Deficit bývá u Crohnovy nemoci způsoben krvácením střev, krevními ztrátami, malabsorpcí. Projevuje se anémií, bledostí, závratěmi, podrážděností, citlivostí na chlad. Doporučená denní dávka je 10 mg/den u dospělého člověka, u těhotných žen 30 mg/den. Železo se vyskytuje v potravě ve formě hemového železa (lehčeji vstřebatelného) v červeném mase, kuřatech, mořských rybách. Nehemové železo je obsaženo v celozrnných potravinách, tmavě zelené zelenině. Vstřebávání se zvýší při příjmu vitamínu C, naopak se sníží při požívání kávy, čaje (8).

1.4.5.5. Vitamin A (retinol)

K nedostatku vitamínu A dochází u pacientů při dlouhodobém silném chronickém zánětu, kdy se postupně spotřebovává vitamin A a vitamin E. Vitamin A podporuje zrak, zlepšuje stav kůže, vlasů, nehtů, dásní, ale hlavně posiluje obranyschopnost. Ukládá se v játrech, při akutní infekci, zánětu nebo traumatu se uvolňuje vitamin nejdříve z jater, až následně z ostatních orgánů. U chronických zánětů může docházet k postupnému vyčerpání zásob. Deficit vitamínu A zesiluje zánětlivou odpověď, je spojen s funkčními a morfologickými změnami trávicího traktu. Tyto změny způsobují snížený příjem potravy a následnou malnutrici. Vitamin A je obsažen v másle, tučných mléčných výrobcích, játrech, vejcích, rybím tuku (8, 6).

1.4.5.6. Vitamin E (tokoferol)

Tlumí oxidační pochody v buňkách, a tím přispívá k redukci střevního zánětu a snižuje aktivitu nemoci. Působí preventivně proti rakovině, šedému zákalu, posiluje činnost pohlavních orgánů. Jeho deficit se projevuje hlavně u pacientů s postižením tenkého střeva. Projevuje se nestabilitou při chůzi, sníženou hybností okohybných svalů, ztrátou šlachových reflexů a svalovou slabostí. Vitamin E je často suplementován perorálně. V běžné potravě se vyskytuje skoro všude, hlavně v ořechách, rybách, zelenině, celozrnných obilninách, rostlinných olejích (8, 2).

1.4.5.7. Vitamin B₁₂

Nedostatek se vyskytuje hlavně u pacientů s postižením terminálního ilea, protože je hlavně touto částí vstřebáván nebo u pacientů s bakteriálním přerůstáním. Je kofaktorem několika enzymů. Ovládá tvorbu a likvidaci červených krvinek, jeho dostatek zabraňuje vzniku anémie. Sérové koncentrace bývají u pacientů s Crohnovou nemocí prokazatelně nižší ve srovnání s kontrolními osobami. Vyskytuje se v játrech, fermentovaných potravinách, mléčných výrobcích, kvasnicích, vejcích, rybách (8, 2).

1.4.5.8. Vitamin D (kalciferol)

Vitamin D si může tělo samo vytvořit vlivem slunečního záření. Hraje důležitou roli při vývoji organismu, reprodukci, má vliv na metabolismus vitamínu A, je velice důležitý pro správnou funkci štítné žlázy. Ovládá resorpci a ukládání vápníku a fosforu v kostech a zubech, působí proti osteoporóze. Při postižení tenkého střeva pacientů s Crohnovu chorobou dochází k malabsorpci, následně k poruše vstřebávání vápníku a vzniku kostních onemocnění. Deficit se projevuje u dospělých jedinců vznikem osteomalacie, u dětí vznikem rachitidy. Vyskytuje se v rybím tuku, játrech, mořských rybách, v malém množství i ve vejcích, masu a másle (8, 2).

1.5. Terapie pacientů s Crohnovou nemocí

Léčba je dietní, medikamentózní a případně i chirurgická.

1.5.1. Dieta u pacientů s Crohnovou nemocí

Výživa je jediným zdrojem příjmu energie u člověka. Hraje proto významnou roli u člověka zdravého a je ještě mnohem důležitější u člověka trpícího Crohnovu chorobou. V případě dětských pacientů může správná dieta suplementovat medikamentózní léčbu. Při zánětlivých onemocněních je zvýšen katabolismus organismu, to znamená vyšší energetické nároky na metabolický obrat. Dieta často působí jako první pomoc po diagnostikování nemoci k doplnění ztracených živin. Stravu je potřeba upravovat jednotlivě u každého pacienta. Obecně by měly být nahrazeny zvýšené ztráty bílkovin, železa, vápníku, kyseliny listové a vitaminů, které jsou často ztraceny průjmy (vitaminy rozpustné ve vodě). Ve většině případů je vhodné omezit množství přijímané vlákniny, výjimkou jsou pacienti aktuálně trpící průjmy. Často bývá u pacientů s Crohnovou chorobou navíc pozorována intolerance na mléčné výrobky a poruchy vstřebávání tuků. Dieta splňující tato patření se nazývá dieta s omezením zbytků, je založena na co nejmenším zatížení střev. Každý pacient musí sám na sobě vyzkoušet, jaké potraviny mu způsobují plynatost nebo bolesti břicha, protože to, co platí pro jednoho, nemusí platit pro jiného (8, 1).

Dieta s omezením zbytků je plnohodnotná na živiny a lze ji zařadit do jídelníčku dlouhodobě. Z technologických postupů zpracování potravy volíme dušení, vaření a pečení pod pokličkou, je možné použít i mikrovlnnou troubu. Maso opékáme nasucho a podléváme malým množstvím vody. Tuk přidáváme až do hotových pokrmů. K zahušťování používáme mouku opraženou nasucho nebo rozmíchanou v malém množství vody. Čerstvé pečivo se nesmí konzumovat, ale pár dní staré je již možné sníst. Mléko se samostatně nepodává. Snažíme se omezit vlákninu (luštěniny, ovesné vločky, celozrnné pečivo, ovocné slupky). Jakákoliv potravina musí být mechanicky opracována (nastrouhat, rozmixovat). V případě výskytu průjmu je nutné zvýšit příjem tekutin a plnohodnotných živočišných bílkovin (1).

1.5.1.1. Dieta ve fázi relapsu

Cílem diety ve fázi relapsu je podpořit hojivé procesy a zabránit nutričním nedostatkům. Jednou z možností je úplné vyloučení perorálního příjmu potravy a zavedení parenterální a enterální výživy. Úspěšnost takovéto léčebné diety je stejná jako léčba

kortikoidy, hlavně u dětí, remise je však mnohem kratší než remise indukovaná kortikoidy (8).

Je nutné podávat dietu s omezením zbytků, to znamená vyloučit ze stravy hlavně nerozpustnou vlákninu (luštěniny, čerstvá zelenina, čerstvé ovoce) a hůře stravitelná jídla. Je preferována dieta s vysokým obsahem škrobů, bílkovin, železa a vápníku. Je nutné zajistit dostatečné množství vitaminu C a B-komplexu. Vhodné je jíst malé porce, alespoň 5-6x denně. Dále je nutné jíst pomalu, důkladně stravu rozmělnit, jíst v sedě u stolu (nenechat se krmit v posteli). Tučky by neměly být omezeny úplně, aby docházelo ke vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích (vitaminy A, D, E, K). Nestačí-li dieta pokrýt potřeby organismu, je nutné se ji pokusit fortifikovat tetickými moduly (přípravky založenými na sacharidové nebo bílkovinné bázi, které pomáhají pacientům uhradit vysoké nároky na energetickou a bílkovinnou nálož v důsledku infekce). Důležitý je pitný režim (8).

U pacientů se stenózující formou je nutné podávat dietu s omezením zbytků i ve fázi remise, protože dieta s vyšším obsahem vlákniny by mohla způsobit bolesti břicha, popřípadě průjem (8).

1.5.1.2. Dieta ve fázi remise

Dieta ve stádiu remise se neliší od diety racionální, proto je nutné po nastolení remise postupně přejít k racionální dietě s normálním obsahem vlákniny. I v této fázi je dobré se nadále vyvarovat nadýmavým pokrmům, destilátům a tučným masům. Každý pacient si musí sám vytipovat, jaké potraviny mu způsobují zažívací potíže, tedy tlak v břiše, nadýmání nebo průjem. Je nutné dodržovat pitný režim, přičemž není zakázáno ani kvalitní víno nebo pivo. Strava by neměla obsahovat nestravitelnou rostlinnou vlákninu, zelenina a ovoce pak musejí být zpracovány tak, aby byl připraven měkký, lehce vstřebatelný a snadno stravitelný pokrm. Doporučuje se denní dávka 5-6 jídel a také zvýšený příjem bílkovin, železa, vápníku a vitaminu B a C. Z technologických příprav potom vaření, dušení, pečení, opékání a příprava jídel v alobalu (8).

Pokud pacient trpí malnutricí, je nutný speciální dietní režim s dostatkem sacharidů, bílkovin a tuků. Dieta by mu měla být sestavena odborníkem (8).

Nevhodné potraviny jsou například: tučná a smažená masa, slanina, salám, houby, syrová a nadýmová zelenina, luštěniny, syrové ovoce, samostatné kravské mléko, ostré koření, kynutá těsta, čerstvé pečivo, celozrnné výrobky, nedoporučují se ořechy pro jejich vysokou tučnost (8).

1.5.1.3. Dieta u pacientů se syndromem krátkého střeva

Syndrom krátkého střeva je stav, kdy po častých resekcích tenkého střeva nebo jedné velké resekci dochází ke zmenšení absorpční plochy střeva. Střevo nedokáže přirozeně absorbovat dostatečné množství živin. Živiny je nutné doplnit pomocí potravinových doplňků stopových prvků, vitaminů, minerálů, základních živin (cukry, tuky, bílkoviny). Je vhodné oddělit podávání tekutin od tuhé stravy. Dieta musí obsahovat dostatečné množství energie (30-40 kcal/kg) a bílkovin (1,2-1,5 g/kg na den). Je vhodné snížit podávání laktózy, zvláště čerstvého mléka. U pacientů s resekci terminálního ilea je třeba dodávat vitamin B12. Pokud došlo k resekci střeva do 50 cm a byl zachován tračník, je aplikována parenterální výživa, při délce 50-100 cm je aplikována enterální výživa, 100-150 cm je nutné podávání dietních doplňků. Při zachovaném tlustém střevě je nutné podávat dietu s nižším obsahem tuků, podávat tuky s řetězcem o 6-12 uhlíky, do diety je možné zařadit i rozpustnou vlákninu. Často je aplikována dieta enterální nebo parenterální jako doplněk diety (8).

Nejjednodušší formou enterální výživy je podávání per os neboli tzv. sipping. jedná se o podávání živin pomocí preparátů podávaných ústy usrkáváním (usrkávat = to sip). Preparáty jsou příjemně ochuceny, aby chutnaly, obsahují buď jednotlivé živiny, či všechny složky výživy (bílkoviny, tuky, sacharidy, minerály, vitaminy, stopové prvky). Sipping je často používán jako doplněk stravy k běžné stravě, v indikaci řešení malnutričního stavu, nebo může plnohodnotně hradit celkovou potřebu organismu (8, 10).

1.5.1.4. Enterální výživa

Enterální výživou se myslí podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu, to znamená, že to již není kuchyňsky připravená dieta. Kromě základní funkce, kterou je dodávání živin v potřebném množství pro další existenci a vývoj pacienta, má také další účinky (udržení střevní bariéry, prevenci bakteriální translokace,

výživu střevních buněk). Enterální výživa je aplikována u pacientů s resekci střeva, se skutečnou nebo hrozící malnutricí, jejichž trávicí trakt je funkční. Kontraindikací pro podání je krvácení do střev. Tento druh výživy nemusí být přijat všemi pacienty, mohou se vyskytovat různé komplikace (nauzea, zvracení, ucpání sondy, zácpa, průjem, septický stav, vředové léze v místě vedení sondy). Často bývá tato výživa zařazena do jídelníčku po chirurgických výkonech na střevech, aby se podpořilo hojení a snížilo zatížení střev (8, 10).

1.5.1.5. Parenterální výživa

Parenterální výživou rozumíme výživu podávanou do centrální nebo periferní žíly. Pro dlouhodobou výživu volíme jednu z centrálních žil (většinou volíme dutou žílu nebo podklíčkovou). Indikací parenterální výživy jsou stavy zhoršené výživy nebo stravy, které by mohly vést k malnutrici, nejsou-li řešitelné dietou či podáváním enterální výživy. Tento způsob výživy, stejně jako parenterální výživa, může být u pacientů s Crohnovou chorobou používán jako jeden ze způsobů primární léčby akutního relapsu nemoci. V současné době je spíše používán jako podpůrný prostředek při medikamentózní léčbě. Plná parenterální výživa bývá indikována v průběhu perioperační péče (období péče kolem operace). Parenterální výživa musí obsahovat, stejně jako enterální, všechny živiny: cukry, roztoky aminokyselin, minerály, vitaminy, stopové prvky (8, 10).

Komplikace mohou nastat při špatném zavedení katétru, při dlouhodobém používání katétru, kdy může dojít ke vzniku katérové sepse (infekce), z metabolických důvodů (hyperglykemie, dehydratace, minerálová disbalance, jaterní postižení) (8).

1.5.2. Medikamentózní léčba

Cílem medikamentózní léčby je zkrácení a oslabení akutního nárazu nemoci, dosažení remise a zabránění nežádoucím účinkům vlastní medikamentózní léčby. Při selhání této léčby často nastupuje chirurgický zásah (10).

1.5.2.1. Terapie indukční

Terapie indukční je terapie, která má za cíl potlačit klinické, laboratorní a endoskopické projevy aktivity zánětu (10).

Používají se především aminosaliciláty (nejznámější je sulfasalazin, který působí antibakteriálně a protizánětlivě, má ovšem nežádoucí účinky: bolesti hlavy, pocit zvracení, zhoršené jaterní testy, snížená funkce ledvin) (5).

Dále se používají kortikosteroidy, které mají nesrovnatelně větší protizánětlivý účinek než jiné léky. Vznikají však závažné vedlejší účinky. Zhruba u 30 až 40 % nemocných, nemohou lékaři kortikosteroidy plně vysadit, protože tělo si vytvořilo závislost na kortikoidech (kortiko-dependence). Dochází k narušení metabolismu kostí (vznik osteopenie, osteoporózy), cukrů (cukrovka, zvyšuje odbourávání bílkovin), ztráta magnezia a draslíku (měsíčkovitý obličej, akné, vypadávání vlasů) (5).

Další skupinou jsou látky, které snižují imunitní odpověď organismu na antigenovou stimulaci, tzv. imunosupresiva. Imunosupresiva představují alternativu pro 60 až 70 % pacientů, kteří byli předtím závislí na kortikosteroidech. Nejznámějším zástupcem je Azathioprin a 6-merkaptopurin, léčba těmito léky musí být dlouhodobá. Příznivý vliv léčby se projeví až po 3 měsících. Proto jsou tyto léky nevhodné ke zklidnění akutního zánětu, ale jsou používány k udržení klidové fáze nemoci. Tato terapie nemá vliv na schopnost otěhotnění žen ani na vývoj plodu. Objevují se tři nežádoucí účinky: nesnášenlivost léku, alergická reakce, porušení krvetvorby (proto je pacientům léčeným touto metodou kontrolován krevní obraz na dostatek leukocytů) (5).

1.5.2.2. Terapie udržovací

Může mít dvojí smysl. U pacientů s trvalou aktivitou nemoci je udržovací terapie nutná k potlačení aktuální aktivity zánětu a zabránění zhoršení stavu a rozvoji komplikací. Ve druhém případě u pacientů se zánětem ve fázi remise, rozumíme udržovací terapii dlouhodobou terapii snažící se zabránit nebo co nejvíce oddálit vzniku nového relapsu choroby (3).

1.5.3. Chirurgická léčba

Současné trendy léčení nemoci vedou k minimalizování nutnosti akutního chirurgického zásahu. Takovýmto zásahem jsou nezvladatelné komplikace (např. neprůchodnost střev). U akutních operací se častěji objevují pooperační komplikace, je zhoršena schopnost hojení ran a také aktuální medikamentózní léčba před operací

nemusí být ideální pro chirurgický výkon. Proto je žádoucí, aby většina operací byla plánována, chirurgický zásah bude řešit pouze stavy, které již nebylo možné zvládnout konzervativní léčbou. Chirurgická a konzervativní léčba by se měly navzájem doplňovat (10).

1.5.3.1. Absces

Nejčastějším důvodem zásahu chirurga je absces v oblasti dutiny břišní, v oblasti konečníku a řitního otvoru. Absces je dutina vzniklá poničením tkáně, která vzniká obvykle infekcí, dutina je vyplněná hnisem a obklopená zanícenou tkání. Absces se může sám vstřebat, ale častější je jeho prasknutí a následné vylití hnisu ven z dutiny. Vylitý hnis by mohl způsobit flegmónu (neohraňčené hnisání) nebo otravu krve. Z těchto důvodů se přistupuje k odbornému chirurgickému ošetření abscesu, kdy chirurg absces rozřízne a vyčistí. Obvykle jsou pak nasazeny antibiotika jako doplňující léčba (10).

Komplikací abscesu, který se nachází těsně pod kůží, je píštěl. Píštěl je kanálek naplněný hnisem vedoucí z abscesu, kanálek často ústí na povrch a je schopen se vyprázdnit (do dutiny břišní). Léčba píštěle je stejná jako abscesu. Píštěl se nejčastěji nachází v oblasti nitrobřišní nebo kolem análního otvoru (10).

1.5.3.2. Strikturoplastika

Strikturoplastika je chirurgický zásah využívaný při výskytu mnohočetných krátkých stenóz (zúžení průsvitu střeva). Chirurg stenózu podélně protne a příčně sešije, tím obnoví velikost střevního průsvitu, aniž by při tom zkrátil celkovou délku tenkého střeva, tím nezmenší plochu vstřebání živin do těla. Předchází se tak vzniku syndromu tenkého střeva (5, 10).

1.5.3.3. Syndrom krátkého střeva

Při opakovaných resekcích tenkého střeva, často z důvodu nemožného provedení strikturoplastiky, vzniká syndrom krátkého střeva. Syndrom krátkého střeva je definován jako stav malabsorpce na základě významné anatomické redukce střevní resorpční plochy. Syndrom je charakterizován průjmy, dehydratací, malabsorpcí tuků, vitaminů, elektrolytů, stopových prvků. Je snížena hladina albuminu v krevním séru, objevuje se deficit

esenciálních mastných kyselin, dehydratace, metabolická acidóza. Syndrom krátkého střeva se nevyskytuje moc často. Pacientů se vzniklým syndromem z důsledku rozsáhlé střevní resekce při Crohnově nemoci ubývá (8).

Minimální délka tenkého střeva, postačující k zajištění adekvátního metabolismu dospělého člověka není jednoznačně stanovena. Vždy záleží, jaký úsek střeva byl resektován a jestli je zachována ileocekální chlopeň (chlopeň na přechodu tenkého střeva do střeva tlustého) a tračník. Speciální dieta při syndromu krátkého střeva již byla popsána v kapitole o dietní terapii (8).

Mezi komplikace patří zvýšená sekrece žaludeční šťávy (HCl) v důsledku snížené sekrece nebo vymizením inhibičních hormonů a snížení účinku gastrinu na žaludeční sekreci. Žaludeční sekrece se obvykle vrátí do normálu po 3-6 měsících po operaci. Špatná sekrece zhoršuje průjmy, zhoršuje resorpci ve zbylém tenkém střevě. Urolitiáza (tvorba močových kamenů) a cholelitiáza (tvorba žlučových kamenů) jsou způsobeny narušením správného metabolismu moči a žlučových kyselin (8).

Adaptace na vzniklý syndrom se dělí do tří fází. První fáze se nazývá obdobím hypersekrečních průjmů a nastává do jednoho měsíce po rozsáhlé resekci. Dochází k velkým ztrátám tekutin a iontů, v důsledku těchto ztrát vzniká tekutinová a iontová disbalance, pokud nejsou podávány krystaloidy infuzemi. Druhá fáze trvá asi 4-6 měsíců po resekci, nazývá se fáze regenerační. Objem ztracených tekutin a iontů se postupně snižuje. Sliznice na zbylém tenkém střevě je stimulována k hypertrofii a hyperplazii (zmnožení střevních buněk). Nejmocnějším stimulatorem regenerace střevní sliznice a obnovení správných funkcí zbylé střevní sliznice je co nejrychlejší obnovení enterálního příjmu potravy. V tomto období nejčastěji pacient dostává parenterální výživu s enterálním příjmem zároveň, vždy v individuálním poměru vyhovujícím potřebám daného pacienta. Třetí a poslední fáze se nazývá fáze adaptace, může trvat až několik let po resekci a v ideálním případě končí plnou adaptací střev na plný perorální příjem nebo zavedením ambulantní formy nutriční podpory. Pro perorální příjem pacientů se syndromem krátkého střeva platí některé zásady, je nutné především podávání menších porcí stravy v kratších intervalech a oddělený příjem tekutin a stravy, v odstupu alespoň 1 hodiny (8).

1.6. Závěr teoretické práce

V posledních letech se rozšiřují poznatky o Crohnově nemoci. Objevují se nové účinnější léčebné postupy, do léčby se zavádějí nové léky, vylepšují se operační postupy. Stále však nebyl zjištěn vyvolávající faktor této nemoci. Dokud nebude zjištěn důvod vzniku nemoci, nebude snadné najít účinný způsob léčby. Při léčbě je velice důležitá spolupráce lékař-pacient. „Dostatečná“ informovanost pacienta a stálé vštěpování pacientovi, že i on může pomoci při léčbě nemoci, hlavně dodržováním správného životního stylu, může značně pomoci při navozování klidové fáze Crohnovy choroby. Zjištění úrovně znalostí pacientů s Crohnovou chorobou pomocí dotazníkového šetření se věnuji v praktické části bakalářské práce.

2. Praktická část – kvantitativní výzkum

Tato část bakalářské práce se věnuje průběhu získávání dat a vyhodnocování dat získaných kvantitativním výzkumem.

2.1. Cíle praktické části

Cílem praktické části je zjistit u pacientů trpících Crohnovou chorobou, v oblasti hlavního města Prahy a Středočeského kraje, úroveň znalostí o skladbě jejich dietního jídelníčku, úroveň možnosti získat informace o Crohnově chorobě.

2.2. Předpoklady ke kvantitativnímu dotazníkovému šetření

Před vytvořením dotazníku jsem stanovila následující hypotézy výzkumu.

Předpoklad č. 1: Minimálně 90 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou je obeznámeno o důležitosti skladby stravy při tomto onemocnění.

Předpoklad č. 2: Minimálně 80 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou striktně dodržuje speciální dietu.

Předpoklad č. 3: Maximálně 5 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou je i s diagnostikovaným onemocněním i nadále aktivními kuřáky.

Předpoklad č. 4: Pouze 5 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou využívá odborné pomoci (nutričního terapeuta, dietologickou poradnu) při sestavování jídelníčku.

Předpoklad č. 5: Více než 80 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou shledává svoji informovanost dostatečně „použitelnou pro běžný život“.

Předpoklad č. 6: Více než 60 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou si myslí, že informace (rady), které jim jsou předkládány (od gastroenterologa, dietní sestry / nutričního terapeuta), jsou srozumitelné na první porozumění a není třeba dohledávání výrazů v lékařských slovnících.

2.3. Metodika

Ke zjištění předpokladů byl použit kvantitativní výzkum pomocí dotazníku.

2.3.1. Dotazníkové šetření

Dotazník měl 18 otázek, kde si respondenti vybírali z nabídnutých možností, byl zcela anonymní, respondenti pouze vyplnili pohlaví, věk a místo pobytu. Dotazník je součástí přílohy č. 1.

U většiny otázek byla možnost vybrání pouze jedné odpovědi. U polootevřených otázek mohli dotazovaní pacienti využít možnosti otevřené odpovědi (varianta „jiné“), pokud jim žádná z předložených možností nevyhovovala. Pouze druhá a čtvrtá otázka je pojata jako vícehodnotová otázka, kdy bylo možné označit více možností. U uzavřených dichotomických otázek byla možná odpověď pouze „ANO“ nebo „NE“. Respondenti byli v závěru dotazníku v otevřené otázce vyzváni k napsání případných námětů nebo připomínek jak k dotazníku, tak k jejich nemoci.

Dotazník byl zveřejněn na placeném serveru survio.com dne 28. 11. 2012. Pro vyplnění byl dotazník uzavřen 11. 2. 2013. Odkaz zveřejněný na stránkách www.crohn.cz byl také uzavřen.

Ve snaze získat co nejširší vzorek cílové skupiny, bylo kontaktováno vedení Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. Žádost o zapojení se do výzkumu a vyplnění dotazníku byla zveřejněna na jejich stránkách www.crohn.cz. Odkaz na internetové umístění dotazníku byl umístěn v sekci: občanské sdružení. Bylo také osloveno velké množství příbuzných a známých s prosbou o rozšíření dotazníku, pokud znají člověka nemocného Crohnovou nemocí.

2.3.2. Výběr cílové skupiny

Je použit účelový výběr respondentů. Respondenti jsou pacienti s diagnostikovanou Crohnovou chorobou v jakékoliv její fázi žijící na území hlavního města Prahy a Středočeského kraje.

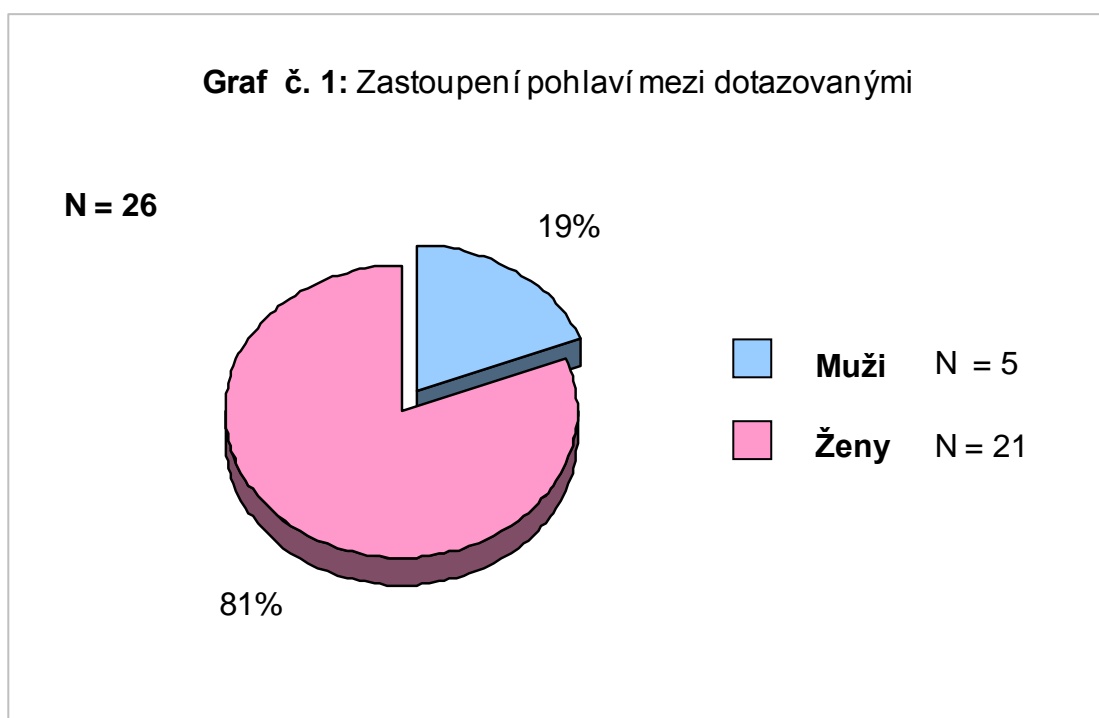
2.4. Výsledky

Dotazník byl pro vyplnění zpřístupněn od 28.11 2012 do 11. 2. 2013. Celkem byl dotazník otevřen na serveru survio.com 125krát. Kompletně vyplněných dotazníků bylo získáno 39. Plnohodnotných dotazníků bylo získáno 26 (byli vyřazeni dotazníky

nevyhovující zadaným kritériím, tj. bydliště respondentů je mimo Středočeský kraj či mimo Prahu, nemají diagnostikovanou Crohnovu chorobu). Celkem bylo vyřazeno 13 dotazníků. Pokud bych návratnost dotazníku počítala z celkového počtu otevření na serveru (tedy 126 otevření) a celkového počtu získaných dotazníků před vyselektováním vyplněných neplnohodnotných dotazníků (tedy 39 neplnohodnotných dotazníků), je návratnost 48,8 %. Pokud bych návratnost dotazníku počítala z celkového počtu otevření dotazníku na serveru (tedy 126 otevření) a počtu získaných plnohodnotných dotazníků, dotazníků informačně použitelných pro vyhodnocení dotazníkového šetření (tedy 26 plnohodnotných dotazníků), je návratnost dotazníku 32,5 %.

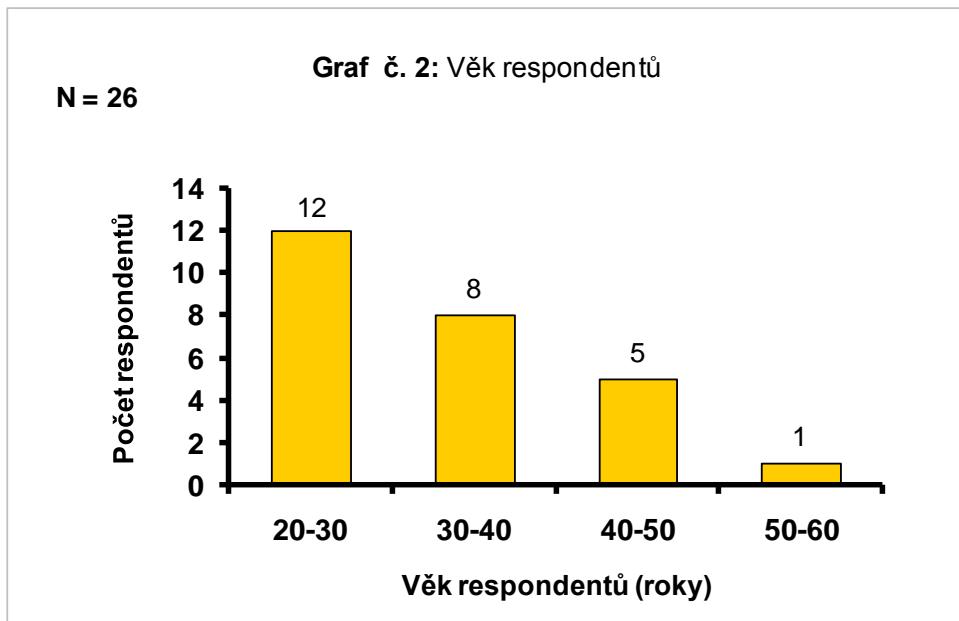
Jednotlivé otázky dotazníku byly vyhodnoceny samostatně. Každé otázce přísluší graf vyjadřující grafické znázornění odpovědí. Procentuální číslo je uvedeno z celkového počtu plně zodpovězených dotazníků.

Otázka č. 1: Pohlaví



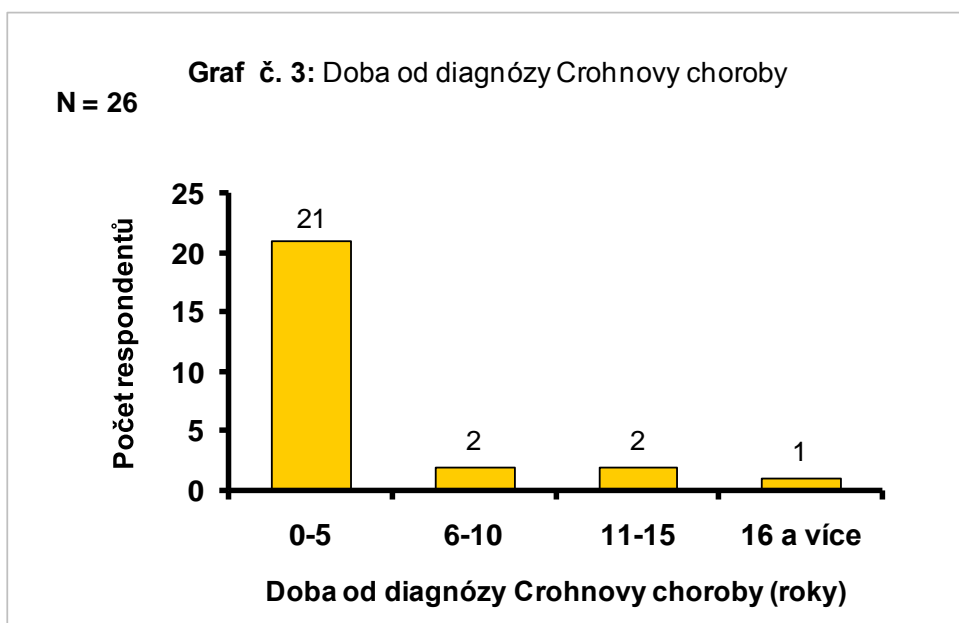
Mezi respondenty bylo zastoupeno 5 (19 %) mužů, 21 (81 %) žen.

Otázka č. 2: Věk



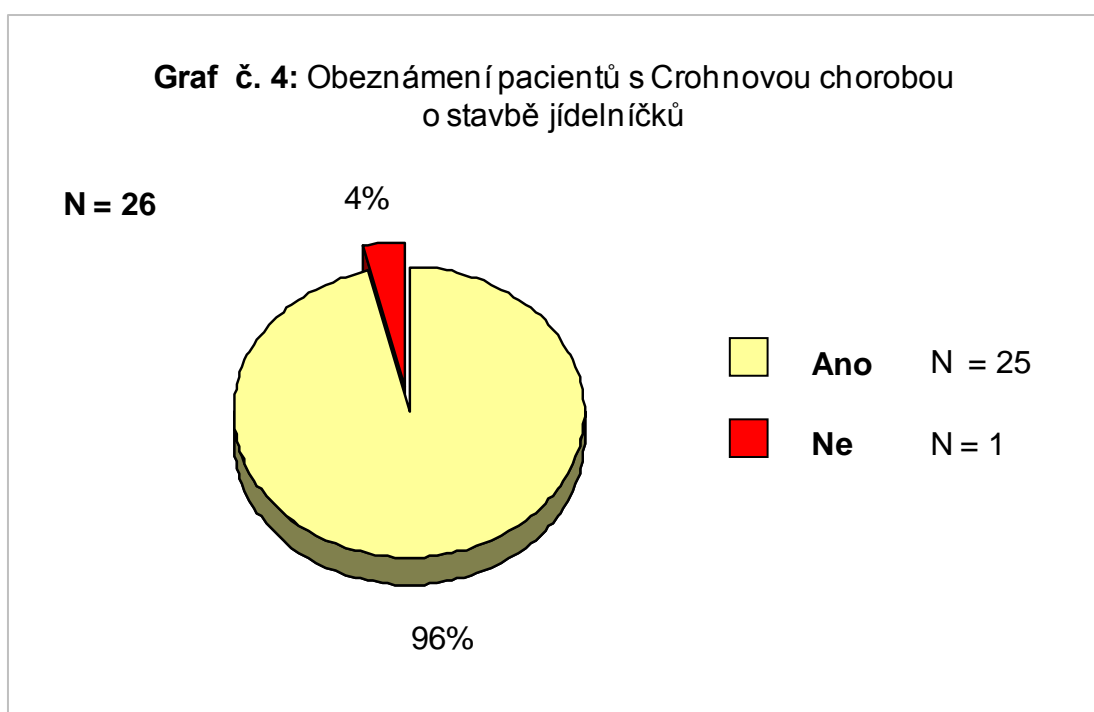
Z celkového počtu 26 respondentů bylo 12 (46 %) v rozmezí 20-30 let, 8 (31 %) v rozmezí 30-40 let, 5 (19 %) v rozmezí 40-50 let, 1 (4 %) v rozmezí 50-60 let.

Otázka č. 3: Jak dlouho máte diagnostikovanou Crohnovu chorobu?



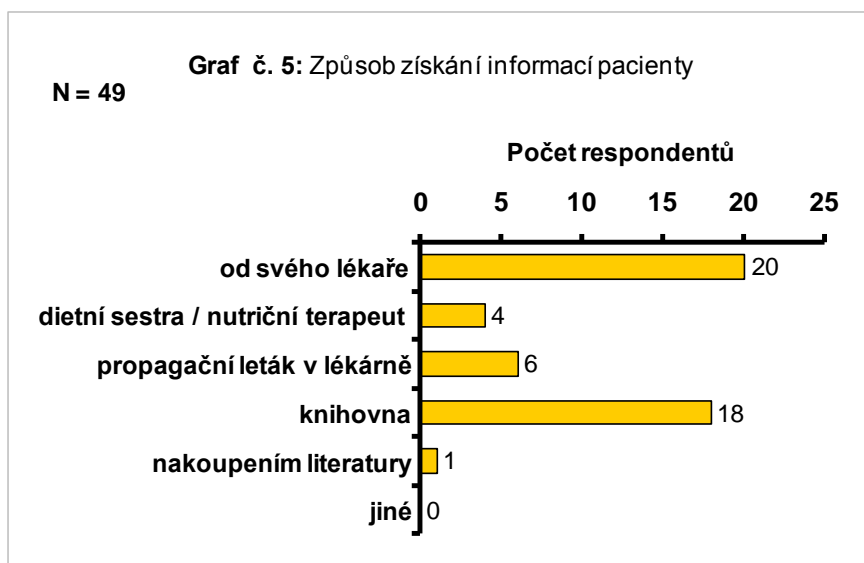
Z celkového počtu 26 respondentů má nemoc diagnostikovánu v rozmezí 0-5 let 21 (81 %) respondentů, v rozmezí 6-10 let 2 (8 %) respondentů, v rozmezí 11-15 let 2 (8 %) respondentů, v rozmezí 16-20 let 1 (3 %) respondent.

Otázka č. 4: Byl jste obeznámen o stavbě jídelníčku pacientů s Crohnovou chorobou?



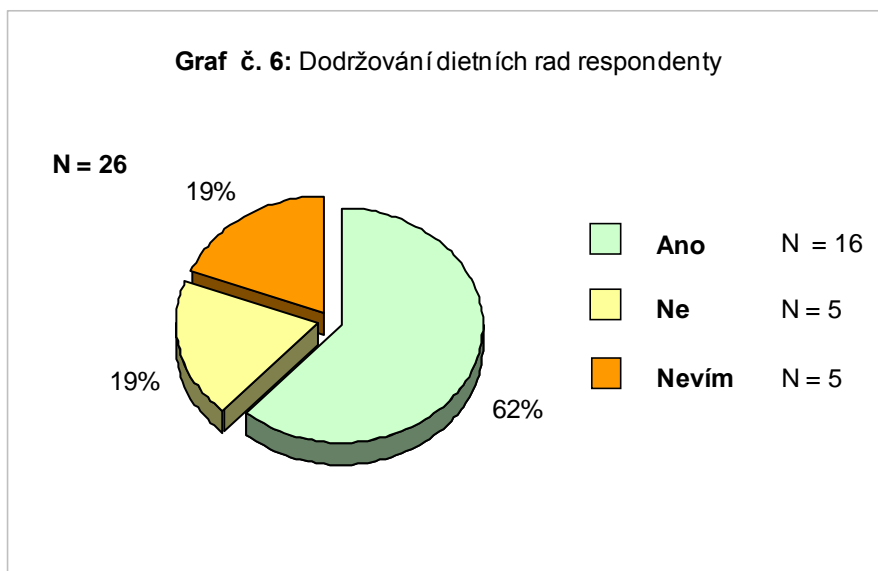
Z celkového počtu 26 respondentů bylo obeznámeno o stavbě jídelníčku 25 (96 %) respondentů, o stavbě jídelníčku nebyl obeznámen 1 (4 %) respondent.

Otázka č. 5: Pokud ANO, jakým způsobem jste k těmto informacím přišel?
(zaškrtněte libovolný počet odpovědí)



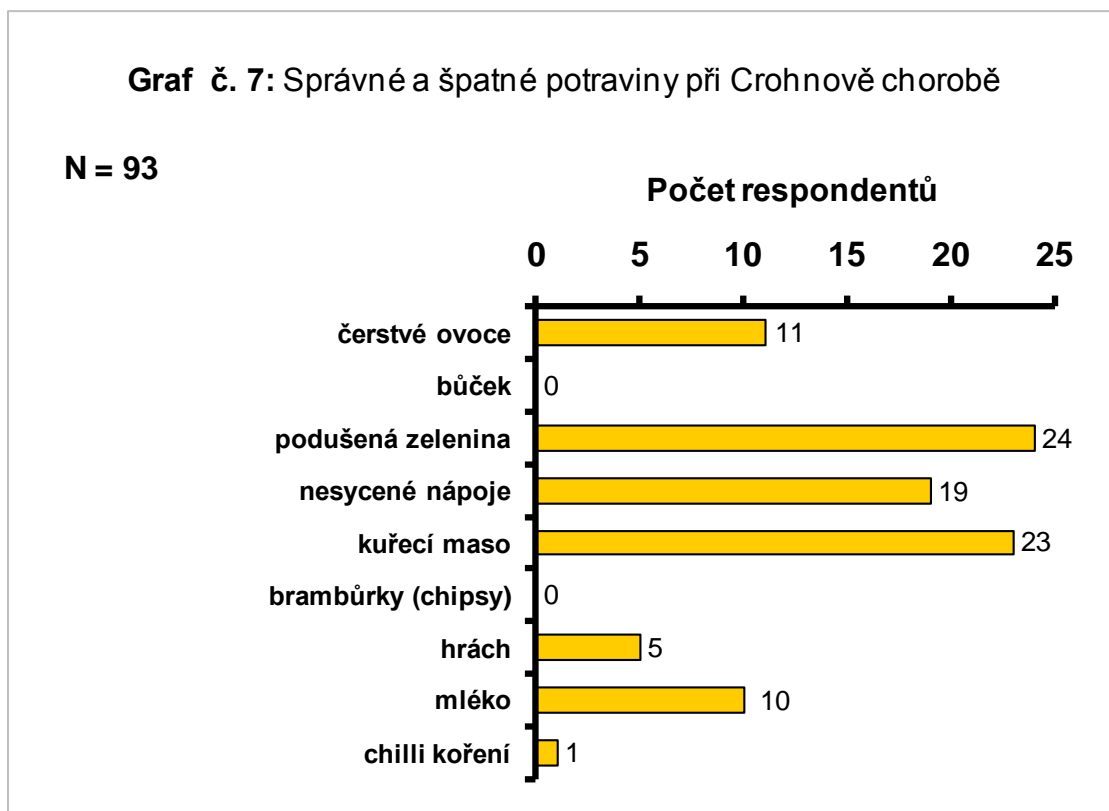
Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří opověděli v otázce č. 4 „ANO“. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Z celkového počtu odpovědí bylo 20 (41 %) obeznámeno o skladbě jídelníčku svým lékařem, 4 (8 %) byli obeznámeni o skladbě jídelníčku dietní sestrou nebo nutričním terapeutem, 6 (12 %) získalo informace pomocí propagačního letáku v čekárně, 18 (37 %) respondentů zašlo pro informace do knihovny, 1 (2 %) respondent si zakoupil literaturu. Odpověď „jiné“ nikdo nezvolil.

Otázka č. 6: Dodržujete dietní rady pro Crohnovu chorobu?



Z celkového počtu 26 respondentů dodržuje dietní rady 16 (62 %) respondentů, rady nedodržuje 5 (19 %) respondentů, 5 (19 %) respondentů neví, zda dodržuje dietní rady pro Crohnovu chorobu.

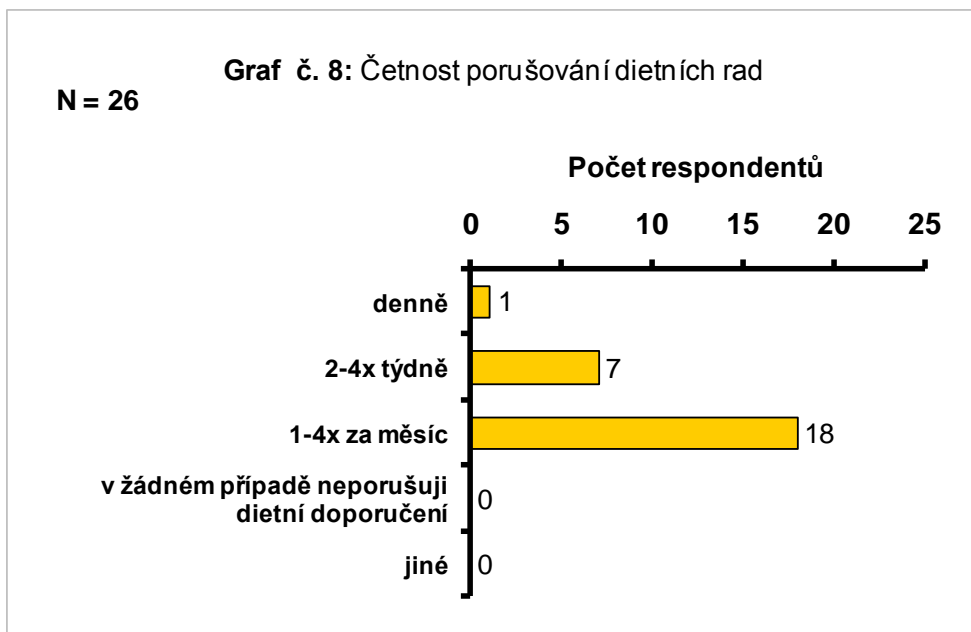
Otázka č. 7: Zaškrtněte, prosím, co můžete při dodržování diety jíst.



Respondenti mohli zaškrtnout více možností jako správných. Správná odpověď je podušená zelenina, nesycené nápoje, kuřecí maso. Z celkového počtu 93 odpovědí bylo 66 správných. Správnou potravinu zvolilo: podušená zelenina 24 (26 %) respondentů, nesycené nápoje 19 (20 %) respondentů, kuřecí maso 23 (25 %) respondentů. Z celkového počtu 93 odpovědí bylo 27 nesprávných. Z respondentů špatnou odpověď zvolilo: čerstvé ovoce 11 (12 %), hrách 5 (5 %), mléko 10 (11 %), chilli koření 1 (1 %). Odpověď būček ani brambůrky (chipsy) nikdo z respondentů nezvolil.

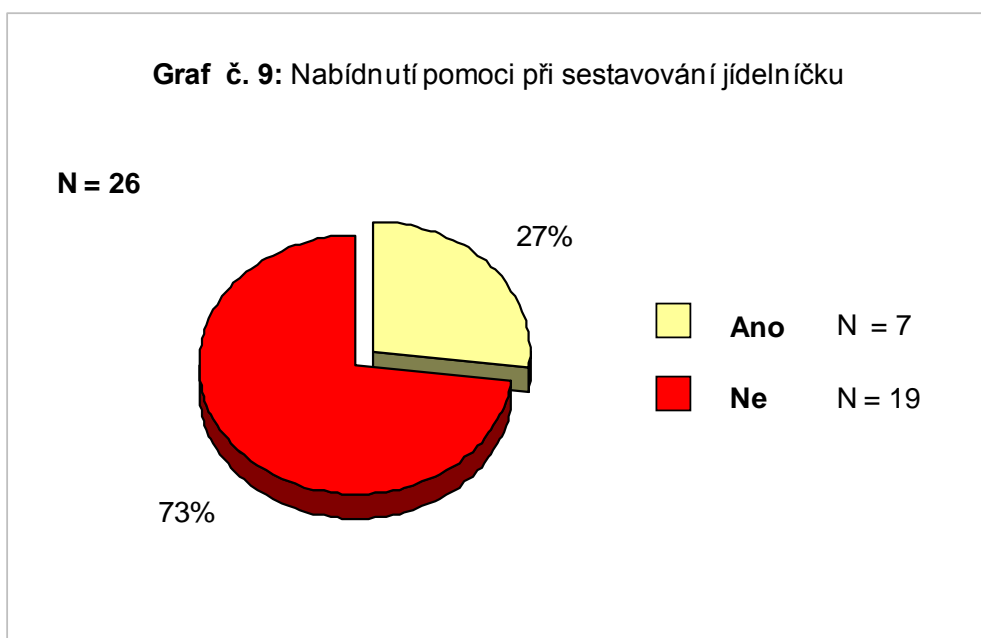
Z celkového počtu 26 respondentů, odpovídajících na tuto otázku, pouze 6 (23 %) z nich odpovědělo na otázku plně správně (tzn., že respondent vybral pouze správné potraviny, ani jednou při výběru nechyboval).

Otázka č. 8: Jak často porušujete doporučení pro Vaši dietu?



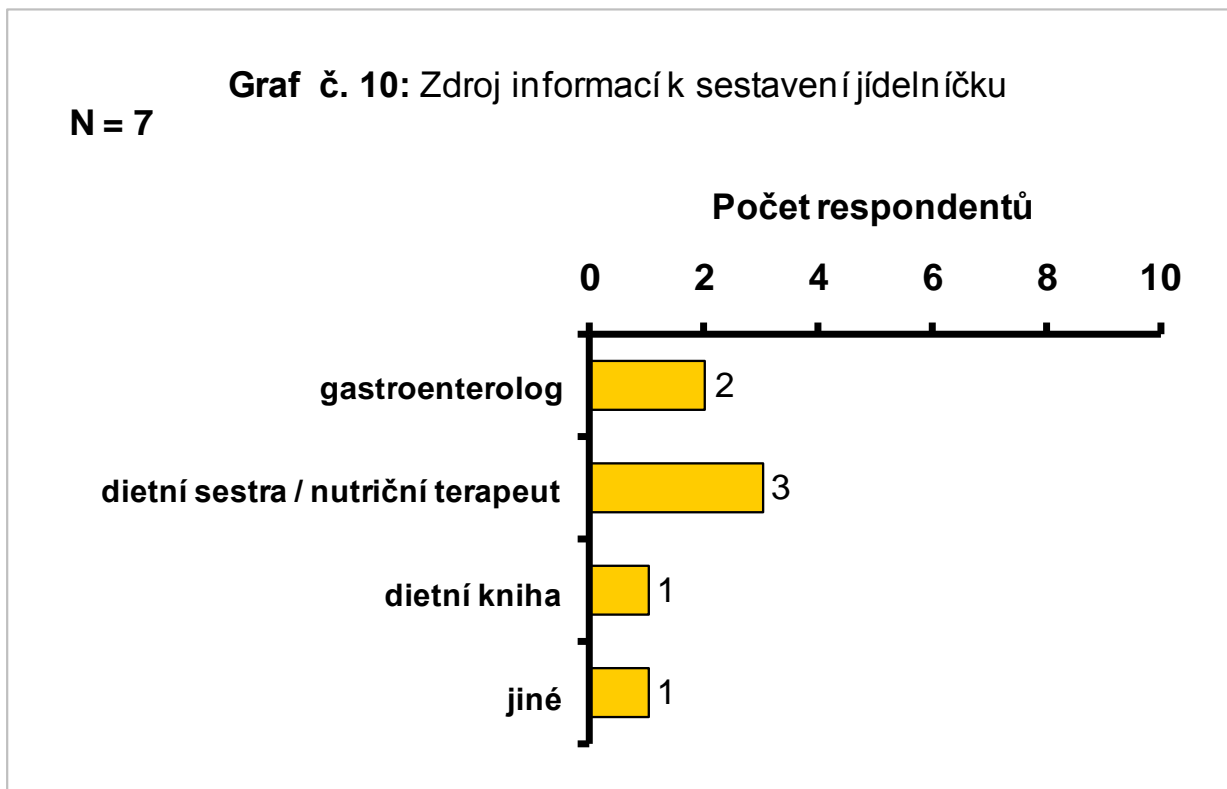
Z celkového počtu 26 respondentů porušuje dietní rady „denně“ 1 (4 %) respondent, „2-4x týdně“ 7 (27 %) respondentů, „1-4x měsíčně“ 18 (69 %) respondentů. V žádném případě nebo možnost „jiné“ nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 9: Nabídl vám někdo pomoc při sestavování jídelníčku?



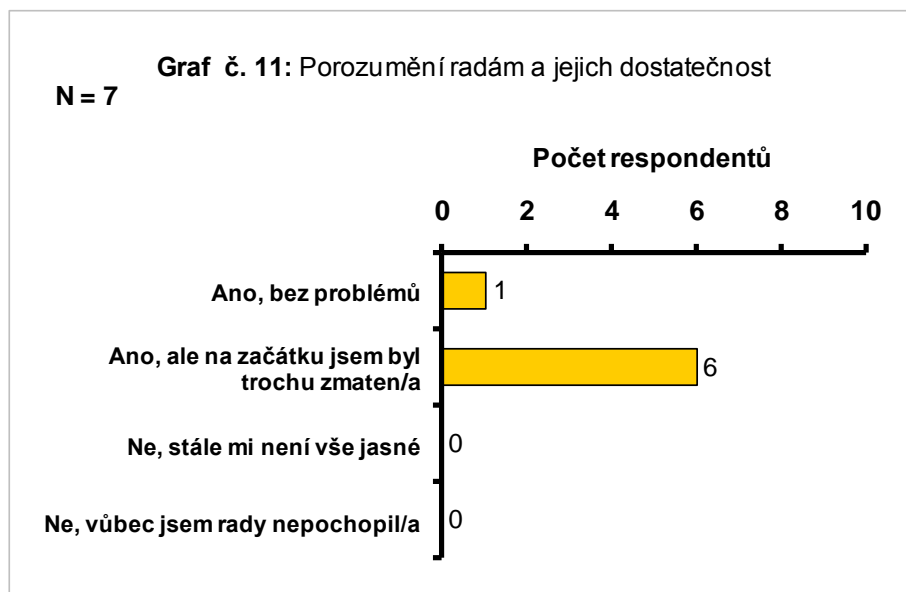
Z celkového počtu 26 respondentů odpovědělo „ANO“ (tzn., že byla jim nabídnuta pomoc) 7 (27 %) respondentů. Možnost „NE“ (tzn., že nebyla respondentovi nabídnuta pomoc) označilo 19 (73 %) respondentů.

Otázka č. 10: Pokud ANO, koho jste využili?



Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 9 odpověděli „ANO“. Měli možnost zvolit libovolný počet odpovědí. Každý z respondentů zvolil pouze jednu odpověď, i když měli možnost zvolení více odpovědí. 2 (28 %) respondenti využili pomoc gastroenterologa, 3 (44 %) využilo pomoc dietní sestry / nutričního terapeuta, 1 (14 %) respondent využil dietní knihy, 1 (14%) respondent v možnosti „jiné“ uvedl internetovou stránku www.crohn.cz.

Otázka č. 11: Považujete rady, které Vám byly doporučeny za srozumitelné a dostatečné?



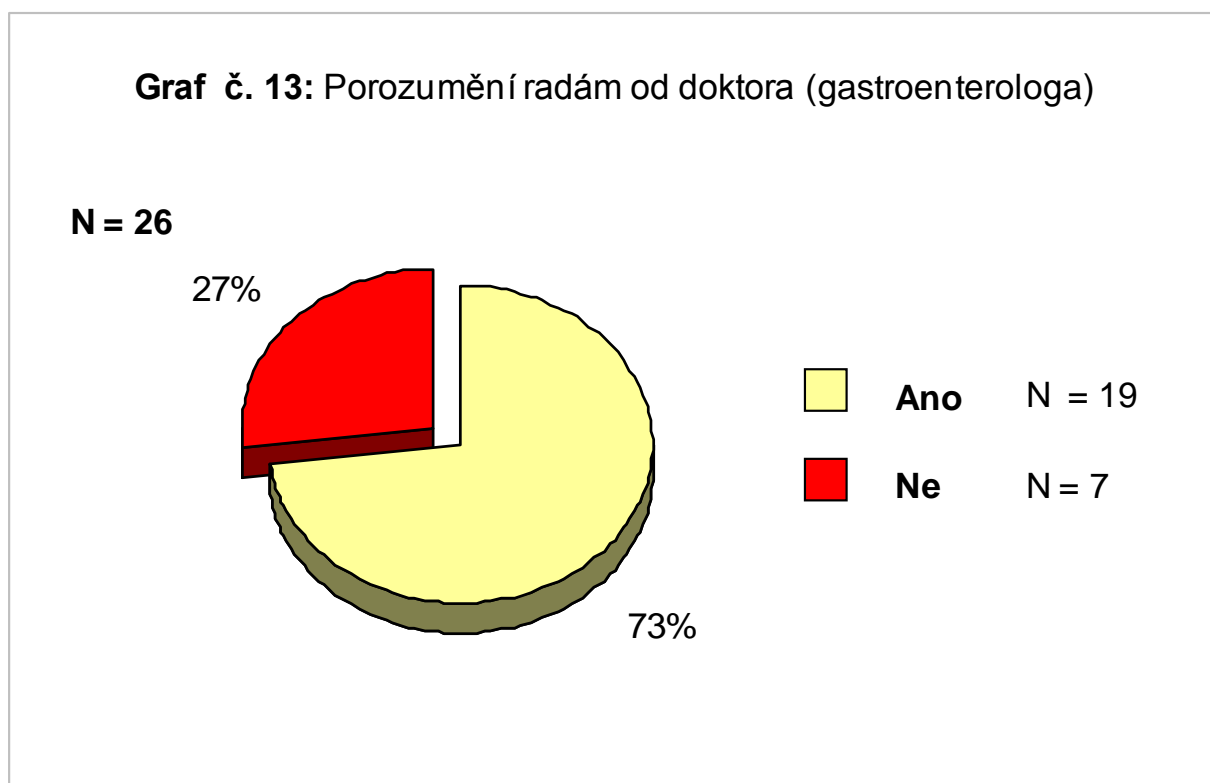
Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 9 odpověděli „ANO“. Z celkového počtu 7 respondentů zvolilo možnost „Ano, bez problémů“ 1 (14 %) respondent, odpověď „Ano, ale na začátku jsem byl trochu zmaten/a“ zvolilo 6 (86 %) respondentů.

Otázka č. 12: Považujete rady dostatečně použitelné pro běžný život?



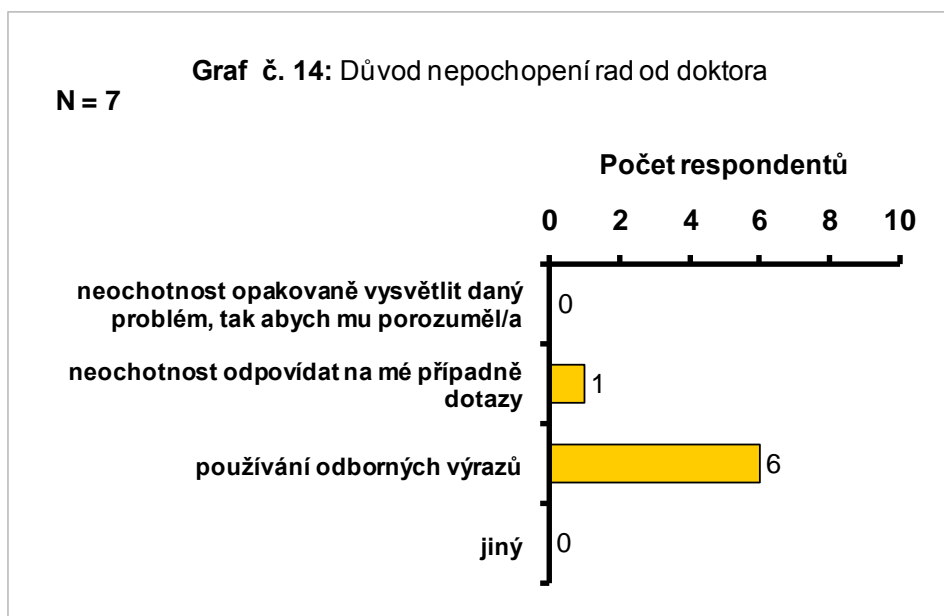
Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 9 odpověděli „ANO“. Z celkového počtu 7 respondentů zvolilo „ANO“ (tzn., že považují rady dostatečné pro běžný život) 6 (86 %) respondentů, odpověď „NE“ (tzn., že nepovažují rady dostatečné pro běžný život) zvolil 1 (14 %) respondent.

Otázka č. 13: Porozuměl/a jste radám (informacím), které Vám byly poskytnuty k Crohnově nemoci od Vašeho doktora (gastroenterologa) bez problémů?



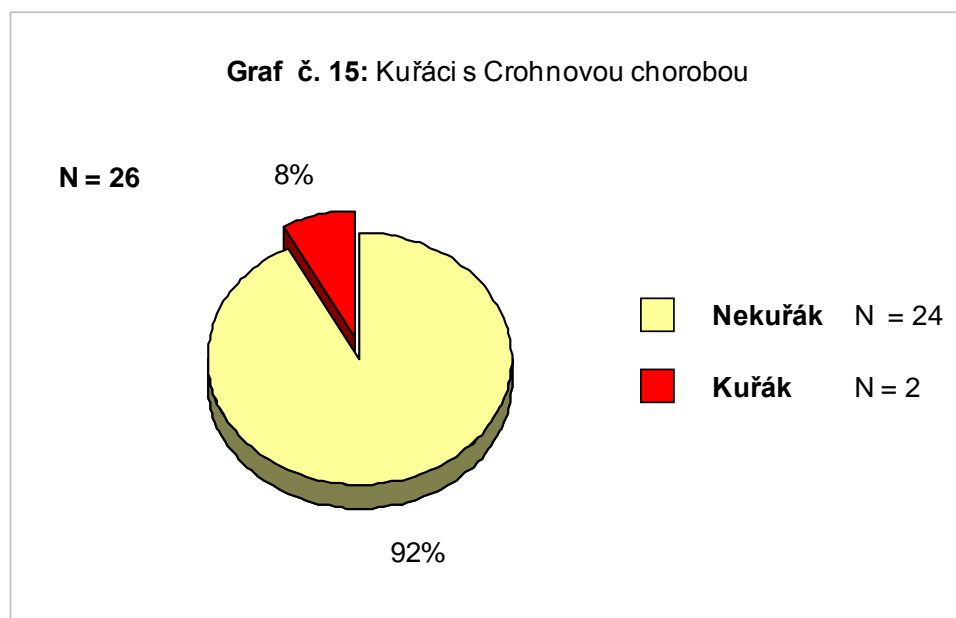
Z celkového počtu 26 respondentů odpovědělo „ANO“ (tzn., že porozuměl radám od doktora) 19 (73 %) respondentů, „NE“ (tzn., že neporozuměl radám od doktora) 7 (27 %) respondentů.

Otázka č. 14: Pokud NE, v čem byl problém?



Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 13 odpověděli „NE“. Z celkového počtu 7 respondentů celkem 1 (14 %) respondent uvedl jako důvod možnost „neochotnost odpovídat na mé případné otázky“, 6 (86 %) respondentů uvedlo jako důvod „používání odborných výrazů“.

Otázka č. 15: Kouříte (aktuálně)?



Z celkového počtu 26 respondentů celkem 2 (8 %) respondenti odpověděli „ANO“, tedy jsou aktivními kuřáky, 24 (92 %) odpovědělo „NE“ (tzn., že nejsou aktuálně aktivními kuřáky).

Otázka č. 16: Kolik cigaret denně vykouříte?

Tabulka č. 1: Množství cigaret denně

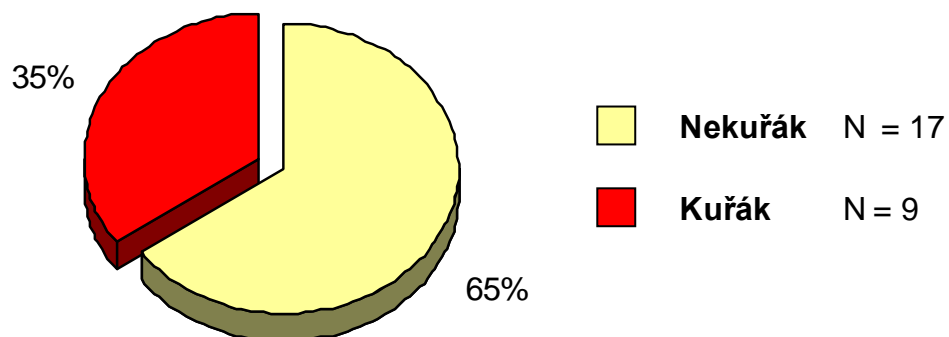
respondent č. 1	7-10 denně
respondent č. 2	5 denně

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 15 odpověděli „ANO“. Z celkového počtu 2 respondentů celkem 1 (50 %) respondent uvedl odpověď „7-10 cigaret denně“, 1 (50 %) respondent uvedl odpověď „5 cigaret denně“.

Otázka č. 17: Kouřil/a jste před diagnostikováním Vaší nemoci?

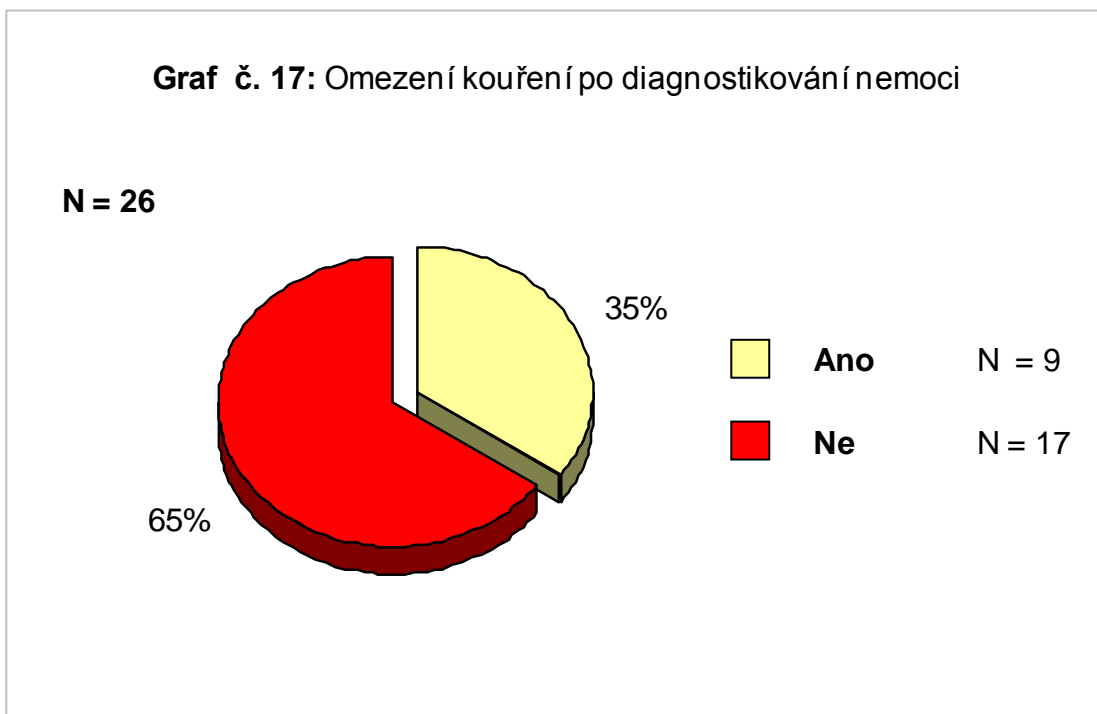
Graf č. 16: Kuřáci před diagnostikováním Crohnovy choroby

N = 26



Z celkového počtu 26 respondentů 9 (35 %) respondentů odpovědělo „ANO“ (tzn., že respondent byl kuřákem před diagnostikování nemoci), 17 (65 %) respondentů odpovědělo „NE“ (respondent nebyl kuřákem před diagnostikování nemoci).

Otázka č. 18: Omezil/a jste kouření po diagnostikování nemoci?



Z celkového počtu 26 respondentů 9 (35 %) respondentů odpovědělo „ANO“ (tzn., že respondent omezil kouření po diagnostikování nemoci), 17 (65 %) respondentů odpovědělo „NE“ (tzn., že respondent neomezil kouření po diagnostikování nemoci).

2.5. Interpretace dat a následná diskuze

Po vyhodnocení dotazníku v předešlé kapitole jsou výsledky předpokladů následující.

Předpoklad č. 1: Minimálně 90 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou je obeznámeno o důležitosti skladby stravy při tomto onemocnění.

Tabulka č. 2: Obeznamenost respondentů o stavbě jídelníčku

Odpověď	ANO	NE
Respondent	25 (96 %)	1 (4%)

Z odpovědí na otázku č. 4 je patrné, že předpoklad č. 1 se jeví jako pravdivý. Odpověď „ANO“ v dotazníku uvedlo 25 (96 %) respondentů.

Předpoklad se potvrdil.

Předpoklad č. 2: Minimálně 80 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou striktně dodržuje speciální dietu.

Tabulka č. 3: Striktní dodržování dietních rad

Odpověď	ANO	NE	NEVÍM
Respondent	16 (62 %)	5 (19 %)	5 (19 %)

Z odpovědí na otázku č. 6 je patrné, že předpoklad č. 2 se jeví jako nepravdivý. Pouze 62 % respondentů v dotazníku uvedlo, že striktně dodržuje dietní rady.

Předpoklad se nepotvrdil.

Zaměřila jsem se na respondenty, kteří uvedli v otázce č. 6 odpověď, že dodržují dietní rady. Pokusila jsem se nalézt souvislost mezi pohlavím a dodržováním dietních rad. Ze 16 respondentů byli pouze 2 (12,5 %) muži a 14 žen (87,5 %). Můžeme z toho tedy vyvodit, že ženy dodržují dietní rady častěji než muži, ale jedná se o subjektivní tvrzení.

Dále jsem se zaměřila na ty, kteří odpověděli „Ano“ na otázku č. 6 a v otázce č. 7 (Zaškrtněte, prosím, co můžete při dodržování diety jíst?) odpověděli naprosto správně bez

jakékoliv chyby. Z počtu 16 respondentů, kteří uvedli, že dodržují dietní rady, pouze 4 ženy odpověděly naprosto správně. Možnosti nabízené v dotazníku byly vybrány jako hraniční v dietě, tedy naprosto nevyhovující nebo naprosto vyhovující, nebyla uvedena žádná možnost, která by mohla být diskutabilní v rámci diety. Zajímavá informace byla zjištěna po srovnání odpovědí těchto 4 žen, které správně zvolily nabízené potraviny bez chyby, na otázku č. 8 (Jak často porušujete doporučení pro Vaši dietu?). Všechny tyto 4 ženy shodně odpověděly 1-4x za měsíc. Navzdory tomu, že všechny tyto 4 ženy uvedly, že rozumí skladbě diety, kterou je nutné dodržovat při onemocnění Crohnovou chorobou, a uvedly, že se stravují podle dietních pravidel pro Crohnovu chorobu, uvedly, že porušují svoji dietu pravidelně 1-4x měsíčně.

Předpoklad č. 3: Maximálně 5 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou je i s diagnostikovaným onemocněním nadále aktivními kuřáky.

Tabulka č. 4: Množství aktivních kuřáků s diagnostikovanou chorobou

odpověď	ANO	NE
respondent	2 (8 %)	24 (92 %)

Z odpovědi na otázku č. 15 je patrné, že předpoklad č. 3 se jeví jako nepravdivý. Celkový výskyt kuřáků s již projevenou Crohnovou chorobou mezi respondenty je 8 %.

Předpoklad se nepotvrdil.

Při bližším prozkoumání a srovnání s doplňujícími otázkami k tomuto předpokladu (otázka č. 17, č. 18) jsem zjistila, že na otázku číslo 17 (Kouřil/a jste před diagnostikováním nemoci?) odpovědělo kladně 9 respondentů. Na otázku č. 18 (Omezil/a jste kouření po diagnostikování nemoci?) odpovědělo kladně 9 respondentů. Při logickém porovnání s hlavní otázkou č. 15 jsem usoudila, že jsem špatně položila otázku v dotazníku. Důvodem tohoto tvrzení je respondent, který odpověděl, že aktuálně nekouří,

před diagnostikováním nemoci nekouřil, ale po diagnostikování nemoci omezil kouření. Druhý obdobný případ se objevil u jiného respondenta, ten odpověděl, že aktuálně nekouří, před diagnostikováním nemoci kouřil, ale neomezil kouření po diagnostikování choroby. Špatné položení těchto otázek mohlo vést ke zkreslení výsledků této hypotézy.

V teoretické části bakalářské práce jsem uvedla výsledky dříve provedené studie se stejným cílem zjištění aktivních kuřáků s Crohnovou chorobou. Výsledky této studie ukázaly, že 27 % je aktivními kuřáky i s diagnostikovanou nemocí, velikost zkoumaného vzorku bylo 72 pacientů s Crohnovou chorobou. V mém dotazníkovém šetření bylo zjištěno 8 % aktivních kuřáků s diagnostikovanou Crohnovou chorobou. Usuzuji z porovnání těchto dvou výzkumů, že se snížil počet aktivních kuřáků mezi pacienty s Crohnovou chorobou.

Předpoklad č. 4: Pouze 5 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou využívá odborné pomoci (nutričního terapeuta, dietologickou poradnu) při sestavování jídelníčku.

Tabulka č. 5: Využití odborné pomoci při sestavování jídelníčku

odpověď	ANO	NE
respondent	7 (27 %)	19 (73 %)

Tabulka č. 6: Druh odborné pomoci při sestavování jídelníčku

odpověď	Gastroenterolog	dietní sestra / nutriční terapeut	dietní kniha	jiné
respondent	2 (29 %)	3 (43 %)	1 (14 %)	1 (14 %)

Z odpovědí na otázky č. 9 (Nabídl Vám někdo pomoc při sestavování Vašeho jídelníčku?) a č. 10 (Pokud Ano, koho jste využil/a?) je patrné, že hypotéza č. 4 je nepravdivá. Celkem 7 % respondentů využilo nabídnuté pomoci k sestavení jídelníčku. 29 % respondentů využilo odbornou pomoc gastroenterologa a 43 % využilo odbornou pomoc dietní sestry / nutričního terapeuta při sestavování jídelníčku.

Předpoklad se nepotvrdil.

Domnívám se, že důvodem malé četnosti využití odborné pomoci, je možná neochota nabídnout pomoc nově diagnostikovaným pacientům s Crohnovou chorobou ze strany lékařů.

Předpoklad č. 5: Více než 80 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou shledává svoji informovanost dostatečně použitelnou pro běžný život.

Tabulka č. 7: Shledávání své informovanosti za dostatečnou

odpověď	ANO	NE
respondent	6 (86 %)	1 (14 %)

Z odpovědí na otázku č. 12 je patrné, že předpoklad č. 5 je pravdivý. Celkem 86 % respondentů považuje svoji informovanost za dostatečně použitelnou pro běžný život.

Předpoklad se potvrdil.

Zaměřila jsem se na prozkoumání souvislostí odpovědí respondentů, kteří odpověděli na otázku č. 12 (Považujete rady dostatečně použitelné pro běžný život?) „ANO“ s odpověďmi těchto respondentů na otázku č. 7 (Zaškrtněte, prosím, co můžete při dodržování diety jíst.), jedná se celkem o 4 respondenty, kteří těmto kritériím vyhovují. Zjistila jsem, že 4 (100 %) tito respondenti zvolili v otázce č. 7 odpovědi správně a neudělali při výběru správných potravin žádné chyby. Možnosti v otázce č. 7 byly potraviny, se kterými se člověk bez Crohnovy nemoci setkává při běžném stravování. Zjistila jsem, že tito 4 respondenti rozumí Crohnově dietě a umějí ji aplikovat do každodenního sestavování jídelníčku. Další zajímavá souvislost mezi těmito 4 respondenty je odpověď na otázku č. 8 (Jak často porušujete doporučení pro Vaši dietu?), 100 %

respondentů shodně odpovědělo, že porušují svoji dietu 1-4x měsíčně. Usuzuji, že tito 4 respondenti, porušují vědomě skladbu diety.

Předpoklad č. 6: Více než 60 % dotázaných pacientů s Crohnovou chorobou si myslí, že informace (rady), které jim jsou předkládány (od gastroenterologa, dietní sestry / nutričního terapeuta), jsou srozumitelné na první porozumění a není třeba dohledávání výrazů v lékařských slovnících.

Tabulka č. 8: Srozumitelnost informací předkládaných respondentům k nemoci

odpověď	ANO	NE
respondent	19 (73 %)	7 (27 %)

Z odpovědí na otázku č. 13 je patrné, že předpoklad č. 6 je pravdivý. Celkem 73 % respondentů rozumí radám bez problémů.

Předpoklad se potvrdil.

Doplňující otázka č. 14 ukazuje jako největší problém ve srozumitelnosti používání odborných výrazů (86 %). Důvodem může být neochota lékařů stále měnit lékařské názvy (používané v literatuře, lékařských zprávách) za názvy srozumitelnější pacientům nebo to, že si lékaři sami neuvědomují nesrozumitelnost používaných výrazů.

2.6. Závěr dotazníkové šetření

Záměrem méj bakalářské práce bylo zjistit informovanost pacientů s Crohnovou nemocí. Zaměřila jsem se na oblast speciálního dietního režimu, který by měli pacienti s touto nemocí dodržovat. S tímto jsou pevně spjatý další oblasti, např. odkud pacienti a veřejnost čerpají informace nebo také aktuálnost podaných informací pacientům. Lékaři pacientů s Crohnovou chorobou by měli být ochotni poskytovat pacientům nové informace v oblasti výzkumu Crohnovy choroby, jsou také důležitou součástí řetězce získávání

informací. Lékař v tomto případě totiž figuruje jako „první informátor“ a má velký vliv na pacientovo budoucí obeznámení o nemoci (doporučení knih, doporučení nutričních terapeutů, doporučení správné životosprávy). Z různých výzkumů vyplývá, že znalost o této nemoci mezi „běžnými občany“ je velice malá, bohužel tím pádem i pouhé pozvání přátel na večeři může znamenat pro pacienta s Crohnovou chorobou problém. Přátelé nevědí, co je to za nemoc, pacient se ostýchá říci o své nemoci přátelům, protože se jedná o nemoc střev a považuje to často za ponižující. Ve výsledku může prvotní myšlenka pěkné večeře vyústit v nepříjemné sociální problémy (např. pacient se bude zdráhat sníst připravená jídla, ze strachu z možného zhoršení nemoci nebo nepříjemných bolestí břicha).

Rady, které by mohli pomoci ke zlepšení této situace a ke kterým jsem došla po vyhodnocení dotazníkového šetření, uvádím níže ve stručných bodech.

- větší propagace nemoci mezi lidmi v rámci primární prevence
- navýšit spolupráci gastroenterologů a nutričních terapeutů (např. společné semináře)
- vždy doporučit pacientovi navštívit nutričního terapeuta za účelem pomoci při sestavování jídelníčku
- pravidelné návštěvy nutričního terapeuta (aktualizace jídelníčku např. po 3 letech, z důvodu nových výrobků na trhu)
- uvést na trh speciální aplikace pro „chytré“ mobilní telefony (s aktuálními informacemi o složení potravin, dietní doporučení)
- aktuálnost dostupné literatury (většina byla napsána kolem roku 2000) z důvodu nových potravin na trhu, nových léků na trhu, nových léčebných postupů a doporučení
- zvýšit propagaci internetových stránek Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty či jiných institucí, které se touto chorobou zabývají (např. reklamní banner na internetových stránkách)
- zvýšit množství nabízených aktivit Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty či jiných institucí, které se touto nemocí zabývají (semináře pro pacienty na určitá témata). Zvýšit snahu ubezpečit nové pacienty o možnosti normálního života bez problémů, aktivní nabídnutí pomoci, ubezpečit ženy o možnosti otěhotnění s minimálními komplikacemi

3. Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsem se věnovala vytvoření uceleného přehledu informací o Crohnově nemoci. Teoretická část byla rozdělena na základní informace o nemoci, průběhu nemoci, léčbě Crohnovy choroby, dietní rady pro Crohnovu chorobu a malnutrici při Crohnově chorobě. Informace byly získávány literární rešerší.

Praktická část bakalářské práce se zaměřila na oblasti: získávání informací, porozumění informacím, znalost diety určené pro Crohnovu chorobu, kouření. Tyto oblasti byly zahrnuty v 6 předpokladech. Pro získání potřebných informací a dat od respondentů jsem zvolila kvantitativní způsob šetření za využití dotazníku o 18 otázkách. Po vyhodnocení dat získaných kvantitativním šetřením se prokázala pravdivost 3 hypotéz, pravdivost 3 hypotéz se neprokázala.

Při rozšiřování dotazníků jsem zjistila, že povědomí veřejnosti o této nemoci je velice malé, a bylo by proto vhodné, kvůli stále se zvyšujícímu počtu nově diagnostikovaných pacientů, zvýšit propagaci této nemoci mezi širokou veřejností. Dále poté doporučuji větší propagaci organizací zabývajících se pomocí a podporou pacientů s Crohnovou chorobou. Ze získaných informací jsem vytvořila jednotlivé rady vedoucí ke zlepšení aktuální situace.

Seznam použitých informačních zdrojů

- (1) BERKOVÁ, Kamila. *Crohnova choroba - dietní léčba*. vyd. Fakultní nemocnice Olomouc, [online]. [cit. 18.11.2012],
Dostupné z WWW: <http://public.fnol.cz/www/dk/diety/crohnova_choroba.pdf>
- (2) BLATNÁ, J., DOSTÁLOVÁ, J., PERLÍN, C., TLÁSKAL, P.. *Výživa na začátku 21. století aneb o výživě aktuálně a se zárukou*. vyd. Praha: Výživa servis s.r.o., 2005. 79 s. ISBN 80-239-602-7
- (3) BRODANOVÁ, M., ANDĚL, M. *Infuzní terapie, parenterální a enterální výživa*. vyd. Praha: Grada Publishing, 1994. 287 s. ISBN 80-85623-60-9
- (4) BUREŠ, J. a kol.. Syndrom bakteriálního přerůstání. *Folia Gastroenterologica et Hepatologica*, 2009, roč. 7, č. 2. s. 61-72. ISSN 1214-4088
- (5) ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 78-80-7262-600-7
- (6) HOPFENZITZ, P. *Minerální látky*. vyd. Praha: Euromedia Group – Ikar, 1999. 88 s. ISBN 80-7202-546-5
- (7) KELNER, Pavel. *Gastroenterologie, hematologie: Vnitřní lékařství, svazek IV*. vyd. Praha: Galén, 2002. 259 s. ISBN 80-7262-139-4
- (8) KOHOUT, Pavel. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 176 s. ISBN 80-7345-023-2
- (9) LUKÁŠ, Karel. Průjem. *Medicina pro praxi*, 2006, roč. 3., č. 3, s. 106 - 110 . ISSN 1214-8687
- (10) LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: Nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. vyd. Praha: Galén, 1998. 363 s. ISBN 80-85824-79-5
- (11) Rušavý, Zdeněk a spol., *Diagnostika a léčba malnutrice. Sipping*, [online]., [cit. 24.10.2012], Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-lecba-malnutrice-sipping-289472>>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Adéla Bortlíčková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Pedagogické fakulty UK. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku k výzkumnému šetření do mé bakalářské práce. Cílem dotazníkového šetření je zjistit informovanost lidí s Crohnovou chorobou. Celý dotazník Vám nezabere více než 5 minut a já Vám za jeho vyplnění budu velice vděčná. Dotazník je anonymní a veškerá data budou zveřejněna pouze v mé bakalářské práci. Děkuji za pravdivé vyplnění. Kontakt na mě je: bortlickova@hotmail.com

Věk: _____ Pohlaví: _____
Místo pobytu (kraj): _____
Jak dlouho máte diagnostikovanou Crohnovu chorobu (v letech): _____

1. Byl/a jste obeznámen o stavbě jídelníčku pacientů s Crohnovou chorobou?
 - ☐ ANO
 - ☐ NE
2. Pokud ANO, jakým způsobem jste k těmto informacím přišel? (zaškrtněte libovolný počet odpovědí)
 - ☐ od svého lékaře
 - ☐ dietní sestra / nutriční terapeut
 - ☐ propagační letáky v čekárně
 - ☐ internet
 - ☐ knihovna
 - ☐ nakoupením literatury
 - ☐ jiné - _____
3. Dodržíte dietní rady pro Crohnovu chorobu?
 - ☐ ANO
 - ☐ NE
 - ☐ NEVÍM
4. Zaškrtněte prosím, co **můžete** při dodržování diety jíst:
 - ☐ čerstvé ovoce
 - ☐ bůček
 - ☐ podušená zelenina
 - ☐ nesycené nápoje
 - ☐ kuřecí maso
 - ☐ brambůrky (chipsy)
 - ☐ hrách
 - ☐ mléko
 - ☐ chilli koření

5. Jak často porušujete doporučení pro Vaši dietu?
- ☐ denně
 - ☐ 2-4x týdně
 - ☐ 1-4x za měsíc
 - ☐ v žádném případě neporušuji dietní doporučení
 - ☐ jiné _____
6. Nabídl Vám někdo pomoc při sestavování Vašeho jídelníčku? (Pokud ANO, pokračujte otázkou č. 7. Pokud NE, pokračujte otázkou č. 11)
- ☐ ANO
 - ☐ NE
7. Pokud ANO, koho jste využil/a? (libovolný počet odpovědí)
- ☐ gastroenterologa
 - ☐ dietní sestru / nutričního terapeuta
 - ☐ internet (www? - _____)
 - ☐ dietní knihu (jakou, název? - _____)
8. Považujete rady, které Vám byly doporučeny, za srozumitelné a dostatečné?
- ☐ ANO, bez problémů
 - ☐ ANO, ale na začátku jsem byl trochu zmaten/a
 - ☐ NE, stále mi není vše jasné
 - ☐ NE, vůbec jsem rady nepochopil/a
9. Považujete rady dostatečně použitelné pro běžný život?
- ☐ ANO (proč? - _____)
 - ☐ NE (proč? - _____)
10. Porozuměl/a jste radám (informacím), které Vám byly poskytnuty k Crohnově nemoci od Vašeho doktora (gastroenterologa) bez problémů?
- ☐ ANO
 - ☐ NE
11. Porozuměl/a jste radám (informacím), které Vám byly poskytnuty k Crohnově nemoci od Vaší dietní sestry / nutričního terapeuta bez problémů?
- ☐ ANO
 - ☐ NE
12. Pokud NE, v čem byl problém?
- ☐ neochotnost opakovaně vysvětlit daný problém, tak abych mu porozuměl/a
 - ☐ neochotnost odpovídat na mé případné dotazy
 - ☐ používání odborných výrazů
 - ☐ jiné - _____
13. Kouříte (aktuálně)?
- ☐ ANO
 - ☐ NE
14. Kolik cigaret denně vykouříte (pokud stále kouříte)?
- ☐ _____
15. Kouřil/a jste před diagnostikováním Vaší nemoci?

☐ ANO

☐ NE

16. Omezil/a jste kouření po diagnostikování nemoci?

☐ ANO

☐ NE

Zde bych Vás chtěla poprosit o volné vyjádření na téma (osobní názor, možnosti zlepšení, co si myslíte, že je špatně atd.):

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ